



UNIVERSIDADE DOS AÇORES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

JOANA CAROLINA ALMEIDA MAIA

**BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E SATISFAÇÃO COM A
VIDA EM PESSOAS ADULTAS E IDOSAS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO
CONTEXTOS COMUNITÁRIOS**

Orientação: Maria Teresa Pires de Medeiros

Ponta Delgada

2015

JOANA CAROLINA ALMEIDA MAIA

**TESE DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO
CONTEXTOS COMUNITÁRIOS**

**BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM
PESSOAS ADULTAS E IDOSAS**

Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade dos Açores para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialidade Psicologia da Educação - Contextos Comunitários, sob a Orientação da Doutora Maria Teresa Pires de Medeiros, Professora Catedrática da Universidade dos Açores.

Resumo

Na sociedade moderna, tem-se observado um aumento demográfico mundial da população idosa. Em Portugal, este aumento da população idosa observa-se tanto ao nível nacional como regional (Medeiros, 2013b); em 2011, a população com mais de 65 anos correspondia a 19,1% (Censos, 2011), e estima-se que este valor continue a aumentar (OMS, 2011). Este aumento da população envelhecida acarreta inúmeros desafios para a sociedade em geral, para as pessoas idosas, as suas famílias e instituições de longa permanência, o que remete para a urgência de se desenvolverem programas e serviços que garantam o bem-estar desta população.

Com uma amostra de 30 participantes, com idades compreendidas entre os 52 e os 94 anos, o nosso estudo teve o propósito de analisar o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, no contexto de três centros de convívio de pessoas adultas e idosas do concelho de Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel, na Região Autónoma dos Açores. Para a concretização do estudo, delineámos os seguintes objetivos: a) caracterizar a população que frequenta centros de convívio para pessoas adultas e idosas no concelho de Ponta Delgada; b) descobrir quais as razões que levam as pessoas a frequentar os centros de convívio; c) analisar o papel das variáveis sociodemográficas no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida dos utentes dos centros de convívio; d) verificar a influência que a frequência e a satisfação com o Centros de Convívio têm sobre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida; e) analisar a relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Para tal, recorreremos a um estudo exploratório, descritivo e correlacional, utilizando uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa). Através de procedimentos estatísticos, pudemos verificar que os resultados evidenciam relações estatisticamente significativas entre: o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida; o bem-estar psicológico e as variáveis sexo e estado civil; e entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida com o tempo de frequência semanal no Centros de Convívio. Quanto aos resultados qualitativos obtidos através da análise de conteúdo, observou-se que os principais motivos de frequência e permanência no Centros de Convívio consistiram na procura do convívio e companhia.

Este estudo veio dar um contributo para o envelhecimento ativo comunitário, através estudo do bem-estar psicológico e a satisfação com a vida das pessoas adultas e idosas, num contexto dos Centros de Convívio. Após os resultados explicitam-se as limitações e deduzem-se implicações.

Palavras-chave: Envelhecimento, Envelhecimento Ativo, Satisfação com a vida, Bem-Estar Psicológico, Centros de Convívio, Instituições para a População Idosa.

Abstract

Today's society has been witnessing an increase on the aging population. In Portugal this increase of the population occurs both nationally and regionally (Medeiros, 2013b). In 2011, the population with more than 65 years of age corresponded to 19,1% of Portuguese population, this value is expected to increase (Censos, 2011; OMS, 2011). This growth of the aging population brings challenges not only to the society but also to the aged people, their families and institutions for the elderly, and turns to the urgency of developing programs and services that guaranty the well-being of this population.

With a sample of 30 participants, with ages between 52 and 94 years old, our study had the purpose of analyzing the psychological well-being and life satisfaction in the setting of three social centers for adults and elderlies from the city of Ponta Delgada, S. Miguel Island, of the Autonomous Region of Azores. To accomplish this study, the following objectives were made: a) characterize the population that frequents the social centers for adults and elderly people of the region of Ponta Delgada, b) discover the reasons for which people frequent these social centers; c) analyze the role of sociodemographical variables on psychological well-being and life satisfaction; d) verify the influence of the frequency and satisfaction with the social center over psychological well-being and life satisfaction; e) analyze the relation between psychological well-being and life satisfaction. Therefore, turning to a exploratory, descriptive and correlational study, we used mix methodology (quantitative and qualitative). Through our statistical proceedings we were able to observe that the results point to significative relations between: psychological well-being and life satisfaction; psychological wellbeing and the variable gender and civil state; and psychological and life satisfaction well-being the weekly attendance of the social center. As for the qualitative results obtained through content analyzes, the main reason to frequent and remain in a social center is the pursuit of socialization and company.

This study contributed to active communitarian aging, through a study of psychological wellbeing and life satisfaction in adult and elderly people in the new context of Social Center. After the results the limitations and implications of this study are explained.

Keywords: Aging, Active Aging, Life satisfaction, Psychological Well-Being, Social Center for the Elderly, Aging institutions.

Agradecimentos

Um agradecimento muito grande à minha orientadora de mestrado, a professora Teresa Medeiros, que foi uma constante inspiração, que foi quem me guiou, através dos seus conselhos e aulas, durante este caminho, e que foi ainda quem me ajudou a evoluir e a tornar-me mais capaz e autónoma, e com mais confiança nas minhas capacidades e conhecimentos. A sua disponibilidade, a sua sabedoria e o seu constante apoio foi sempre fonte de admiração, e razão do meu orgulho em dizer que fui sua aluna.

Um grande agradecimento aos meus pais que, além de me darem a vida que hoje tenho, sempre estiveram presentes com o seu apoio, carinho e amor. Sempre me apoiaram e incentivaram a terminar os meus estudos e a procurar ir sempre mais além. Obrigada pelos seus sacrifícios e ensinamentos que fizeram de mim a mulher que hoje sou.

Uma palavra de reconhecimento aos profissionais dos centros de convívio que, de forma espontânea, se disponibilizaram a auxiliar-me nesta investigação, sem qualquer entrave na minha investigação.

Um especial agradecimento aos utentes do Centros de Convívio para pessoas idosas do concelho de Ponta Delgada, que se disponibilizaram a colaborar com o nosso estudo e que, sem os quais, não teria sido possível terminar esta tarefa.

Bem-haja aos meus amigos e colegas que comigo passaram muitas horas na construção das nossas investigações, e que sofreram o stresse das aulas e avaliações e ainda com quem partilhei cinco anos de estudo, com apoio, partilha e confianças, fundamentais na ajuda para chegar até aqui.

Um obrigado a Deus por ter olhado por mim e me ter dado forças para terminar os meus estudos e nunca desistir.

Por último, um agradecimento terno aos meus irmãos, irmã, cunhados e familiares que me apoiaram e sempre incentivaram a chegar a este patamar da minha vida.

Índice Geral

Índice Geral.....	6
Índice de Tabelas e Gráficos.....	8
Introdução.....	10
Parte I	15
Fundamentação Teórica	15
Capítulo 1 - Envelhecimento.....	16
1.1. Conceito de Envelhecimento	17
1.2. Teorias do Envelhecimento	20
1.3. Envelhecimento Bem-Sucedido	25
1.3.1. O modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC)	27
1.4. Envelhecimento Ativo	29
1.5. Psicologia Comunitária: Perspetivas e Perceções Sociais do Envelhecimento	31
Capítulo 2 – Da Reforma à Institucionalização de Pessoas Idosas	36
2.1. Vivência da Reforma.....	37
2.2. Institucionalização e Instituições: Problemáticas e Desafios	39
2.2.1. Universidades da Terceira Idade e Centros de Convívio.....	42
2.2.1.1. Universidades da Terceira Idade	43
2.2.1.2. Os Centros de Convívio/Centros de Dia.....	45
2.3. As Relações com o Outro e a Estimulação Sociocognitiva.....	48
Capítulo 3 – Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida	52
3.1. A Satisfação com a Vida	54
3.2. O Modelo do Bem-Estar Psicológico de Ryff.....	55
3.3. O Bem-Estar Psicológico no Envelhecimento	57
3.3.1. Investigações sobre Bem-Estar Psicológico em Pessoas Idosas.....	59
Parte II.....	63
Estudo Empírico.....	63
Capítulo 4 - Metodologia de Investigação	64
4.1. Contexto e Problematização.....	65
4.2. <i>Design</i> da Investigação.....	67
4.3. Objetivos e Questões de Investigação	68
4.4. Hipóteses de Investigação	69
4.5. População e Amostra.....	70
4.5.1. Caracterização da Amostra.....	70
4.6. Instrumentos	73

4.6.1. Questionário de Caracterização.....	74
4.6.2. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	75
4.6.3. Escalas do Bem-Estar Psicológico (EBEP) de Ryff	76
4.7. Procedimentos.....	78
4.7.1. Procedimentos de Análise quantitativa	80
4.7.1.1. Estudos de consistência interna da Escala de bem-estar psicológico.....	83
4.7.2. Procedimentos de Análise qualitativa.....	84
4.7.3. Princípios e Considerações éticas.....	85
Capítulo 5 – Análise e Discussão dos Resultados	87
5. 1. Teste de Hipóteses	88
5.1.1. Bem-estar Psicológico e as Variáveis Sociodemográficas	88
5.1.2. Satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas	100
5.1.3. Relação entre o Bem-estar psicológico e a satisfação com a vida e o Centros de Convívio	105
a) Satisfação com a frequência no Centros de Convívio	105
b) Frequência no Centros de Convívio.....	107
5.1. 4 – Dimensões do bem-estar psicológico e a satisfação.....	112
a) Bem-estar Psicológico (EBEP) e Satisfação com a vida (SWLS)	112
b) Satisfação com a saúde, a Situação Económica, a Vida Social e a Vida Afetiva	113
5.2 – Análise Qualitativa dos Resultados	117
Capítulo 6 – Limitações e Implicações	128
6.1. Limitações do Estudo	129
6.2. Implicações do Estudo	130
Conclusão.....	133
Bibliografia	137
Anexos.....	145
Anexo 1 – Instrumentos	146
Anexo 2 – Pedido de Autorização	155
Anexo 3 – Consentimento Livre e Esclarecido	157
Anexo 4 – Matriz de Análise de conteúdo	160
Anexo 5 – Análise Quantitativa dos Resultados - Outputs	162
Anexo 6 – Análise Qualitativa dos Resultados – Tabela de Análise de Conteúdo.....	182

Índice de Tabelas e Gráficos

Quadro 1 – Classificação de Dixon (1999) da Teoria de Ganhos e Perdas

Gráfico 1 – Distribuição etária da amostra

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por residência

Tabela 1 – Matriz de análise de conteúdo

Tabela 2 – Descrição estatística das dimensões do bem-estar psicológico investigadas

Tabela 3 – Comparação de médias para as subescalas de BEP de acordo com o Sexo

Tabela 4 - Teste T para EBEP e suas dimensões, de acordo com a variável “sexo”

Tabela 5 – Comparação de médias para as variáveis AP, RP, CP e PV de acordo com a idade

Tabela 6 – Teste de comparação entre diferenças para as variáveis AP, RP, CP e PV de acordo com a idade

Tabela 7 – Comparação médias para as dimensões da EBEP de acordo com o Estado Civil

Tabela 8 – Teste ANOVA para as variáveis em função do estado civil

Tabela 9 – Teste Kruskal-Wallis para as variáveis AP e PV de acordo com o estado civil

Tabela 10 – Comparação de médias para as variáveis da escala EBEP e dimensões consideradas, tendo em conta a reforma

Tabela 11 – Teste T para variáveis da EBEP de acordo com a reforma

Tabela 12 – Descrição estatística da satisfação com a vida (SWLS)

Tabela 13 – Comparação entre médias para a satisfação com a vida (SWLS) de acordo com o sexo

Tabela 14 – Comparação de médias para a variável SWLS de acordo com o agrupamento etário

Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis para variável satisfação com a vida (SWLS)

Tabela 16 – Comparação de médias para a variável SWLS com o estado civil

Tabela 17 – Teste ANOVA para a variável SWLS de acordo com o estado civil

Tabela 18 – Comparação de médias para a variável SWLS com a variável “Recebe Reforma”

Tabela 19 – Teste T para a variável satisfação com a vida, de acordo com “recebe reforma”

Tabela 20 – Teste Ró de Spearman EBEP para vriável “como o centro o faz sentir” e EBEP

Tabela 21 – Teste R_s de Spearman para as variáveis AP, RP, CP e PV e frequência diária

Tabela 22 – Teste R_s de Spearman para as variáveis SWLS e a frequência diária do Centros de Convívio

Tabela 23 – Teste R_s de Spearman para as variáveis AP, RP, CP e PV e frequência Semanal

Tabela 24 – Teste R_s de Spearman para as variáveis frequência semanal e satisfação com a vida

Tabela 25 – Teste R_s de Spearman tempo de permanência variáveis AP, RP, CP, PV, EBEP, SWLS e tempo de permanência no centro

Tabela 26 – Teste r de Pearson para as variáveis do Bem-estar psicológico e da Satisfação com a vida

Tabela 27 – Teste R_s de Spearman para as variáveis da EBEP e SWLS em função da satisfação com a saúde, com a situação económica, com a vida social e com a vida afetiva

Gráfico 3 – Razões de Procura do Centros de Convívio

Gráfico 4 – As razões que tornam o centro importante

Gráfico 5 – Atividades desenvolvidas

Gráfico 6 – Sugestões de alterações no Centros de Convívio

Índice de Abreviaturas

UTI – Universidade da Terceira Idade

OMS – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)

AVD – Atividade de vida diária

EBEP – Escala de Bem-Estar Psicológico

CP – Crescimento pessoal

AU – Autonomia

AP – Aceitação pessoal

PV – Propósito de vida

RP – Relações positivas com os outros

DA – Domínio do ambiente

SWLS – Satisfaction with life scale

APA – American Psychiatry Association

N/R – Não resposta

Introdução

Com o aumento demográfico e mundial da população idosa, o envelhecimento tem representado um desafio para a sociedade moderna. A Organização Mundial de Saúde estima que nos próximos anos o número de pessoas idosas com mais de 65 anos ultrapasse o número de crianças com menos de 5 anos (OMS, 2011), o que aumenta o índice de envelhecimento, de uma forma preocupante, desequilibrando a percentagem entre jovens e pessoas idosas, com inerentes implicações políticas, económicas, psicológicas e sociais.

Em Portugal, em 1998 a população idosa perfazia 15,2% da população (Pinto, Rosa, Botelho, Santos, Grazina, Bom, Veríssimo, Viera & Pinto, 2001), contudo em 2011, o grupo com mais de 65 anos aumentou para 19,1% da população (Censos, 2011).

O crescimento demográfico, o aumento dos índices de envelhecimento e o aumento da esperança média de vida, assim como, a baixa natalidade são apontados como as principais causas deste aumento considerável de pessoas com mais de 65 anos (Guedea, Albuquerque, Trócoli, Noriaga, Seabra & Guedea, 2006; Keong, 2010; OMS, 2011).

Este aumento da população envelhecida trás desafios epidemiológicos, assistenciais e de saúde (Zimerman, 2000; Guedea et al., 2006; Silva, 2009). Apesar do aumento da esperança média de vida poder ser considerado um sucesso para a sociedade moderna este, também, pode originar diversas dificuldades e ter consequências (cf. Keong, 2010; OMS, 2011), designadamente na economia, com o aumento da sobrecarga das pensões e o maior investimento na saúde, com a necessidade de se criar mais estruturas para cuidados continuados, mais apoios familiares e comunitários e maior investimento com profissionais de geriatria e gerontologia, etc. Medeiros (2013b) refere que o crescimento da população envelhecida, apesar de se tratar de um fenómeno mundial, é um problema epistemológico “mal estruturado e sem solução”, mas simultaneamente um desafio para o século XXI (cf. Medeiros, 2013b).

Ao contrário da crença não fundamentada, o envelhecimento não se trata somente de um processo fisiológico, de uma senescência (alterações sensoriais, nas funções cognitivas, na qualidade de vida diária, etc.), mas também de ganhos que se operam ao longo do ciclo vital (e.g. experiência e sabedoria), marcando as diferenças individuais e as mudanças multidimensionais. Fala-se, por exemplo, em envelhecimento subjetivo (a perspetiva que a pessoa tem sobre o seu processo de envelhecimento) e em

como este influencia grandemente o grau e o impacto que as mudanças e as perdas que o envelhecer tem na vida de cada pessoa (cf. Teixeira & Neri, 2008; Medeiros, 2013b).

Mais do que garantir uma maior esperança média de vida, a OMS (2011) aponta que um dos objetivos das diversas políticas sociais e de saúde deverá ser o aumento da esperança média de vida *com qualidade*. Deste modo, procura-se fomentar um envelhecimento ativo e positivo que possibilite as oportunidades da pessoa idosa viver uma velhice com qualidade de vida, bem-estar e autonomia. Para que isto ocorra, é necessário uma intervenção multidisciplinar e sistemática, na qual deve imperar como foco central a dignidade humana da pessoa (cf. Medeiros, 2013b).

Em Portugal, tem-se se verificado um abrandamento do crescimento populacional e, conseqüentemente, um aumento da população idosa (Silva, 2009). Segundo as estatísticas do INE, espera-se que em 2030, por cada 100 jovens existam 243 adultos em idade avançada (Silva, 2009).

Oliveira e colaboradores (2010) fizeram um estudo com o objetivo de traçar um perfil do envelhecimento da população portuguesa. Assim, entrevistaram 2516 indivíduos residentes em Portugal continental, com idades superiores a 55 anos, entre os anos de 2005 e 2006. Centrando-se no pressuposto que a possibilidade do idoso viver de forma autónoma e independente é um dos pilares para um envelhecimento ativo, procuraram verificar o grau de prevalência da dependência de terceiros e caracterizar os fatores funcionais do envelhecimento humano. Do estudo foi possível construir dois *outcomes*: “dependência funcional”, composta pelos *scores* da locomoção, da autonomia física e da autonomia instrumental; e “hábitos de vida”, composto pelos *scores* da atividade física, tabagismo e frequência alimentar. Os autores verificaram *scores* mais desfavoráveis no grupo etário com mais de 75 anos. O mesmo se verificou em relação ao estado emocional, avaliação cognitiva e avaliação da rede social. Contudo, no *outcome* de “hábitos de vida”, verificou-se que, apesar dos resultados obtidos na dependência funcional, os indivíduos com mais de 75 anos apresentavam menos situações desfavoráveis, quando em comparação com os restantes grupos etários (Oliveira et al., 2010). Através deste estudo, os autores concluíram que apesar de a população portuguesa envelhecer com independência funcional e com hábitos de vida favoráveis, é de ter em conta que o grupo com mais de 75 anos apresenta um maior risco de dependência funcional. Tendo em conta que a autonomia é um dos elementos para um envelhecimento ativo, pode-se concluir que a população portuguesa com idade

superior aos 75 anos de idade encontra-se numa situação de maior vulnerabilidade funcional e psicológica.

Na Região Autónoma dos Açores, também se observa este fenómeno de um progressivo envelhecimento da população. Observou-se que em 2011, a população com mais de 65 anos perfazia 13,3% da população da Região Autónoma dos Açores, tendo aumentado de 2001 para 2011 (de 13% para 13,3% na R.A.A e de 16,4% para 19,1% em Portugal). Contudo, os Açores são das regiões com menor percentagem de pessoas idosas, quando comparados com a Madeira (em que 15% da população tem mais de 65 anos) e com Portugal (Continente) com 19,1% da população total. Na verdade, o Índice de Envelhecimento¹ na Região Autónoma dos Açores (RAA) é o menor do país com 74, quando comparado com as restantes regiões de Portugal (129). Segundo o índice de dependência de idosos², observa-se que na R.A.A. um índice de dependência de idosos de 19%, apontando também para um dos menores índices do país (Censos, 2011). Todavia, não significa que a população açoriana tenha melhores dados ao nível da qualidade do envelhecimento ativo.

É uma prioridade compreender os fatores associados ao processo de envelhecimento, assim como traçar um perfil viável da população portuguesa envelhecida, capaz de identificar as variáveis que potencializam o bem-estar e um envelhecimento com qualidade. Oliveira e colaboradores (2010) afirmam que a investigação nesta área irá facilitar o desenvolvimento de estratégias de intervenção conducentes ao desejado envelhecimento ativo. Através da promoção do envelhecimento ativo e da intervenção intergeracional poderá ser possível criar uma sociedade mais inclusiva e saudável (cf. Medeiros, 2013b), onde se fomente a promoção da saúde e dos estilos de vida que favoreçam o bem-estar psicológico, a satisfação e a qualidade de vida.

As instituições que acolhem pessoas com idade avançada, como os centros de convívio/centros de dia, os programas de promoção da saúde, os programas universitários para estudantes seniores e as Universidades da Terceira Idade (UTI), têm tentado, nas últimas décadas, atender a estas necessidades ao desenvolver oportunidades

¹ Índice de Envelhecimento: a relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos (de acordo com Censos, 2011).

² Índice de dependência de idosos: Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. Relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15 – 64 anos (de acordo com Censos, 2011).

para o adulto em idade avançada continuar o seu processo de desenvolvimento, de forma a tornar-se mais autónomo, independente e participativo (cf. Almeida, 2012; Medeiros, 2013b). Ao conceber a pessoa idosa como alguém capaz e autónomo e ao se promover o envelhecimento ativo comunitário e pessoal, surgem benefícios para a sociedade, levando a uma maior saúde física e mental da pessoa idosa, menor número de incapacidades e demências e a uma diminuição dos custos para a sociedade (despesas com a saúde, hospitalização, cuidados continuados e institucionalização), tal como reflete Medeiros (2013b).

Partindo da premissa anterior, uma das questões essenciais em face do envelhecimento global é como poderá a comunidade desenvolver políticas e mecanismos de suporte e oportunidades que atendam às necessidades de uma população envelhecida? Nesta vertente, procuramos dar um contributo para responder a esta questão, centrando-nos, para tal, numa oferta comunitária de acesso a todos – os Centros de Convívio. Neste âmbito, formulámos as seguintes questões menos abrangentes e mais circunscritas à população local: i) Qual o perfil das pessoas adultas e idosas que frequentam Centros de Convívio? ii) Quais os motivos de frequência e de permanência nos Centros de Convívio? iii) Nos utentes que frequentam os Centros de Convívio, haverá alguma relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e reforma) e as dimensões do bem-estar psicológico? Será que o mesmo se observa na satisfação com a vida? iv) Será que o tempo de frequência e a satisfação com o Centros de Convívio tem relação com o bem-estar psicológico e com a satisfação com a vida dos seus utentes?

Espera-se com este estudo fornecer novas informações sobre a importância de programas e respostas comunitárias como os *Centros de Convívio* para o bem-estar da pessoa idosa e para a promoção do envelhecimento ativo. Os centros de convívio são locais de importância no papel comunitário do envelhecimento, além de promover o convívio da pessoa idosa, são locais onde as pessoas tomam iniciativas para promover o seu próprio bem-estar e autopromovem a sua satisfação com a vida.

O estudo teve cinco objetivos: a) caracterizar a população que frequenta os Centros de Convívio no concelho de Ponta Delgada; b) averiguar os motivos que influenciam a procura dos Centros de Convívio; c) analisar a influência das variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida; d) verificar a influência que a frequência e a satisfação com o Centros de Convívio têm sobre o

bem-estar psicológico e a satisfação com a vida; e e) analisar a relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida nos utentes que frequentam Centros de Convívio.

A dissertação sobre o tema *Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas* está dividida em duas partes: a primeira diz respeito ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo empírico. Na componente teórica, constituída pelos três primeiros capítulos, iremos dar conta do estado da arte acerca dos constructos do envelhecimento e do bem-estar psicológico, particularmente na idade avançada. Assim, no Capítulo 1 iremos definir o conceito de envelhecimento, referir as teorias explicativas de envelhecimento, os tipos de envelhecimento, as percepções sociais sobre o envelhecimento e com estas condicionam ainda a maneira de ver a velhice no século XXI. No Capítulo 2 vamos abordar a reforma e a institucionalização em idade avançada, passando por focar diferentes respostas comunitárias com as Universidades de 3ª Idade e os Centros de Convívio. E por fim, iremos tratar o tópico do bem-estar psicológico e da satisfação com a vida no Capítulo 3.

Na segunda parte da dissertação, iremos apresentar o estudo empírico propriamente dito. No Capítulo 4 são equacionadas as questões de investigação, definidos os objetivos e formuladas as hipóteses. Caracteriza-se, ainda, a amostra, explicitam-se os instrumentos e os procedimentos. De seguida, no Capítulo 5, são apresentados os resultados (quantitativos e qualitativos) e a discussão dos mesmos. Finalmente, no Capítulo 6, identificamos as limitações e as implicações. Ao corpo da tese antecedemos com uma introdução e terminamos com as conclusões finais desta dissertação.

Parte I
Fundamentação Teórica

Capítulo 1 - Envelhecimento

1.1. Conceito de Envelhecimento

O envelhecimento caracteriza-se por ser um fenómeno heterogéneo com amplitude mundial, transversal a todos os países e culturas (cf. Queroz & Neri, 2005; Teixeira & Neri, 2008; Keong, 2010; Medeiros, 2013b). Este fenómeno depende tanto de fatores endógenos, como exógenos, ou seja, depende de um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e comportamentais que acompanham o ser humano em todo o seu processo de desenvolvimento, afetando de forma diferente cada pessoa, com disparidades na sua significância (Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho, Morais, & Veríssimo, 2010; Santos, 2010).

É aceite um marcador social etário para identificar a pessoa idosa; nos países desenvolvidos, considera-se *idoso*, todo o indivíduo que tenha 65 ou mais anos, e nos países em desenvolvimento, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Todavia é normalmente, a partir dos 40 anos, que a pessoa começa a identificar os primeiros sinais de uma série de características físicas associadas ao envelhecimento, tais como o aparecimento de rugas, de cabelos brancos, assim como o decréscimo do desempenho de tarefas anteriormente desempenhadas (cf. Pinto et al., 2001). Alguns mecanismos do organismo levam a uma acumulação e redistribuição de gorduras, em adição com o aparecimento das alterações anteriores, o que leva a uma alteração da imagem corporal que deve ser trabalhada psicologicamente (cf. Zimmerman, 2000).

A categorização etária das pessoas é a referência padronizada mais utilizada para definir a pessoa idosa e as suas fases (com base num período de desenvolvimento da velhice). Nesta medida, divide-se a população idosa em *idosos jovens*, entre os 65 e os 74 anos; *idosos*, entre os 75 e 84 anos; e *muito idosos*, com mais de 85 anos (OMS, 2011). Esta classificação permite de forma simples, viável e universal estabelecer um início deste processo do envelhecimento (cf. Pinto et al., 2001).

Por sua vez, Disraeli (s/d, in Pinto et al., 2001) divide o processo de envelhecimento em três períodos distintos, mais auto-avaliativos e sem referência a marcadores etários mas, em nosso entender, contemplando grosso modo as três fases anteriormente descritas. O primeiro período em que a pessoa idosa se apercebe da diminuição das suas capacidades, o segundo quando a pessoa idosa e os que a rodeiam se apercebem desta diminuição, e o terceiro período quando somente as outras pessoas se apercebem da diminuição das capacidades da pessoa idosa (Pinto et al., 2001). Em comum, mantém-se a crença do que o processo de envelhecimento pessoal consiste

numa “perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições do ambiente” (Robert, 1994, *in* Pinto et al. 2001, p. 21).

Também Litré (1987, *in* Pinto et al., 2001, p. 20) define o envelhecimento como “a última idade da vida, cujo início se fixa no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida, e uma série de outras circunstâncias”.

Questionamos até que ponto a categorização cronológica é fidedigna das mudanças biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento? Porque razões existem pessoas com pouco mais de cinquenta anos que aparentam ser muito mais velhas do que na realidade são? E, ao invés, pessoas com mais de oitenta que aparentam ser mais jovens?

São diversos os fatores implicados no processo de envelhecimento, em geral, e, por outro lado, os fatores têm contributos diferentes, por se tratar de um processo tão heterogéneo e pessoal (Medeiros, 2013b). Dois indivíduos não envelhecem da mesma maneira. Verificámos que certas pessoas apresentam um processo mais prematuro que outras. No envelhecimento prematuro estão associados diversos fatores, tais como o bem-estar inferido pelo indivíduo, o seu estado de saúde e até mesmo a sua perceção sobre o seu envelhecimento, isto é, a idade que o indivíduo sente ter – *a idade subjetiva* – e o êxito da sua adaptação à sua idade. Todos nós, certamente, já confundimos adultos de meia-idade, com adultos em idade avançada e *vice-versa*.

Identificar-se com uma idade subjetiva jovem é uma estratégia que permite à pessoa idosa lidar com os estereótipos da idade avançada (Hess & Dikken, 2010; Guedea et al., 2006), procurando maximizar o seu bem-estar ao sentirem-se mais jovens, mais autónomos e mais capazes de enfrentar as situações do quotidiano. Neste sentido, Demakakos et al. (2007), Hess e Dikken (2010), e Stephen e Demilier (2012) apontam para uma relação significativa entre a idade subjetiva e a saúde autorrelatada pelo indivíduo. Isto é, pessoas idosas que se sentem mais jovens, têm tendência a relatar um melhor estado de saúde do que aqueles que sentem ter a sua idade ou mais velhos.

No processo de envelhecimento ocorre um equilíbrio dinâmico entre os fatores fisiológicos, genéticos, psíquicos e sociais (Oliveira et al., 2010), será este equilíbrio e a capacidade de resposta aos desafios apresentados para mantê-lo, que determinam um envelhecimento ativo e que em muitos casos explica as diferenças individuais observadas na população. Para a pessoa idosa, o envelhecimento é percecionado como

um processo dinâmico que depende da própria pessoa, das suas vivências, das normas da sociedade e da relação entre ambos (Demakakos, Hacker & Gjonça, 2007).

Na verdade, os processos de envelhecimento são individuais e dependem de muitas variáveis (cf. Medeiros, 2013b). É possível conhecer pessoas com mais de setenta anos que vivem um envelhecimento de forma ativa, com participação social e cívica, com gosto pelas aprendizagens formais e informais e procurando sempre se desenvolver e melhorar a sua qualidade de vida, sem se enquadrar nos estereótipos de envelhecimento, muitas vezes associados à generalização das perdas e aos processos demenciais de alguns “muito idosos” ou adultos em idade avançada. Tal parece dever-se ao facto de que a idade cronológica não ser indicativa da qualidade e satisfação com a vida, das perceções pessoais e dos aspetos subjetivos do próprio envelhecimento individual (cf. Medeiros, 2013b). Assim, na perspetiva médica (Pinto et al., 2001; Zimmerman, 2000), os processos biológicos e genéticos são os mais utilizados para explicar o processo de envelhecimento. Pinto e colaboradores (2001) afirmam que apesar do papel da genética e da fisionomia no envelhecimento, estes só por si, não explicam as disparidades existentes.

Vários estudos (Humbolt, Leal & Pimenta, 2012; Hess & Dikken, 2010) têm demonstrado que indivíduos que se mantêm ativos vêm-se mais jovens, independentemente da sua idade cronológica e que com o aumento da idade, há uma tendência a sentir-se mais jovem. Algumas pessoas que se sentem mais jovens têm tendência em apresentar um melhor bem-estar, melhores condições de saúde autorrelatadas e uma melhor satisfação com a vida (Schaefer & Shippee, 2010; Humboldt, Leal & Pimenta 2012; Stephen & Demulier, 2012).

Segundo Teixeira e Neri (2008), as diferenças do envelhecimento estão relacionadas com a subjetividade pessoal e as próprias diferenças culturais. Para fomentar um envelhecimento ativo, a flexibilidade individual e a adaptabilidade são importantes elementos (Zimmerman, 2000). Contudo, a capacidade de se manter ativo e saudável é, muitas vezes, impossibilitada pelas diversas consequências da longa esperança de vida, ou seja, pelo aparecimento cada vez maior de doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer ou outras demências, assim como numerosas limitações e doenças crónicas que surgem na idade mais avançada (OMS, 2011).

Em síntese, verifica-se que a idade cronológica é um importante preditor das mudanças morfológicas associadas ao processo de envelhecimento (Pinto, *et al.*, 2001;

OMS, 2011; Stephen & Demulier, 2012), no entanto, esta variável não encerra em si as questões do envelhecimento. Segundo Medeiros (2013b), existem duas aceções de envelhecimento, o envelhecimento grupal e o envelhecimento individual. A primeira corresponde ao envelhecimento demográfico da população em si, ou quando há a referência a um conjunto de características comuns a um grupo que se encontra no período da adultez em idade avançada (cf. Medeiros, 2013b). Por sua vez, a aceção individual diz respeito ao próprio processo de desenvolvimento humano de cada pessoa³. Esta conceção integra as mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas que ocorrem ao longo do ciclo de vida e que tendem a acentuar-se na idade avançada. A autora ainda refere que na conceção individual fará mais sentido falar de envelhecimentos (na sua dimensão plural), pois cada processo de envelhecimento é um processo singular e idiossincrático, compreendendo as dimensões biofisiológica, cognitiva, social, emocional e espiritual. Ainda citando Medeiros, o envelhecimento individual é “um processo de desenvolvimento que acompanha o ciclo vital” (cf. Medeiros, 2013b, p. 31).

A sociedade moderna fomenta o culto da juventude e a consequente estigmatização do “velho”, o que pode, por um lado, dificultar a aceitação da idade da pessoa idosa como, por outro lado, facilitar esta identificação com idades mais jovens que a real. A adaptação à idade tem como principais dimensões a assimilação, a adaptação à identidade e o equilíbrio do *self* (Sneed & WhitBourne, 2003, *in* Humbolt, Leal & Pimenta, 2012).

1.2. Teorias do Envelhecimento

Compreender o processo de envelhecimento é uma das maiores prioridades para uma população cada vez mais envelhecida. A investigação tem feito descobertas ao longo dos anos de alguns dos fatores biológicos que estão por detrás do declínio morfológico que ocorre ao longo da vida e sobretudo na idade avançada.

Existem diversas teorias que definem o processo de envelhecimento. Ribeiro (2013) refere que as várias teorias do envelhecimento complementam-se. Contudo, iremos focar a nossa revisão em dois grupos de teorias biofisiológicas que são mais

³ Note-se que o processo de envelhecimento inicia-se logo no momento de concepção (cf. Ribeiro, 2013; Zimmerman, 2000).

aceites pela comunidade científica, *as Teorias Estocásticas* e *as Teorias Sistémicas* (cf. Kieling, Gonçalves & Chaves, 2006; Ribeiro, 2013).

As **Teorias Estocásticas** consistem num grupo de teorias, que defendem que o envelhecimento resulta de lesões consecutivas que levam ao desgaste e à morte do organismo (cf. Pinto et al., 2001; Ribeiro, 2013). Estas teorias incluem as seguintes: *Teorias do uso e desgaste; Dano e reparação do ADN; Mutações e instabilidade genómica; Erro catastrófico; Progressiva remodelação dos tecidos; Desdiferenciação; Stress Oxidativo e Radicais livres* (cf. Freitas & Py, 2011; Ribeiro, 2013).

Por sua vez, as **Teorias Sistémicas** defendem que o envelhecimento resulta da influência do código genético (cf. Pinto et al., 2001; Freitas & Py, 2011; Ribeiro, 2013). De acordo com esta abordagem, o nosso organismo tem uma espécie de relógio biológico que determina o nosso envelhecimento (cf. Pinto et al., 2001). Estas teorias incluem no seu repertório: *Teorias metabólicas; Teorias genéticas; Encurtamento dos Telómeros; Epigenética e silenciamento de genes; Apoptose; Fagocitose e autofagia; Teorias imunológicas e Teorias de hormese* (cf. Freitas & Py, 2011; Ribeiro, 2013).

Segundo as Teorias Sistémicas, o envelhecimento resulta de um desgaste biofisiológico das componentes do organismo, de erros a nível genético que possibilitam o envelhecimento das células. O uso constante dos processos do metabolismo, das proteínas e as contínuas lesões celulares impossibilitam a reparação de erros genéticos, havendo uma acumulação destes ao longo da vida (Ribeiro, 2013). Assim, com base nesta conceção, a longevidade máxima encontra-se geneticamente determinada, isto é, apesar da esperança média ter aumentado, a longevidade permanece inalterada (cf. Pinto et al., 2001).

As teorias mais aceites pela comunidade científica atualmente são, dentro das teorias estocásticas, as do dano e reparação do ADN, *stress* oxidativo e radicais livres, progressiva remodelação dos tecidos e consequentes danos somáticos. Dentro das teorias sistémicas são mais aceites as teorias sobre hormese e resistência ao *stress*, encurtamento dos telómeros, desregulação progressiva e concomitante do sistema imune e os efeitos da resposta inflamatória, teoria das alterações endócrino-metabólicas, antropométricas e estruturais (Ribeiro, 2013).

Visto que já em 2001 a teoria do encurtamento das telomerasas (enquadrada nas teorias sistémicas) era uma das mais defendidas pela comunidade científica (cf. Pinto et al., 2001) e ainda hoje ser das mais aceites, decidimos focar a nossa atenção nesta

teoria. A teoria do encurtamento dos telómeros⁴ associa-se ao processo de replicação celular que ocorre ao nível dos cromossomas (cf. Ribeiro, 2013). O seu gradual encurtamento leva a que a célula abandone o ciclo celular levando à fratura dos cromossomas. Isto acontece porque, a cada replicação, os telómeros vão encurtando com a perda de nucleótidos para a formação de novas cadeias de ADN. Deste modo, a cada ciclo de replicação da célula ocorre uma perda progressiva dos telómeros ao longo dos anos. O encurtamento dos telómeros leva a que, a partir de certo ponto não seja possível à célula se replicar, levando à sua eventual morte. A repetição deste quadro por todas as células do corpo humano, explica o processo de envelhecimento biológico (cf. Ribeiro, 2013). Todavia, estas explicações remetem para uma questão: *como se explica as diferenças interpessoais no processo de envelhecimento?*

Segundo Ribeiro (2013, p. 203) a explicação reside no facto de que “Quando o stress externo ou celular causa danos ao ADN, são ativados genes que produzem proteínas do controlo do ciclo celular”, ou seja, sempre que ocorre algum dano ao nível celular e estrutural que afete o ADN, a célula entra em replicação celular. Observa-se que pessoas com estilos de vida menos saudáveis tendem a envelhecer mais rapidamente, pois os danos provocados ao corpo fazem com que as células entrem em replicação com maior frequência, levando a um envelhecimento prematuro.

Os determinantes fisiológicos e biológicos, ainda que carentes, são os principais indicadores do processo de envelhecimento (Silva, 2009). Neste período, as perdas são inerentes a este processo, contudo, é de notar que não ocorrem somente perdas durante o processo de envelhecimento, existem também ganhos significativos a vários níveis, desde os relacionais, emocionais (Zimerman, 2000; Silva, 2009; Keong, 2010), até aos espirituais (Pereira & Medeiros, 2014).

Com o declínio das funções, é normal que a pessoa idosa se encontre mais suscetível a doenças, mas isto não significa que envelhecer seja sinónimo de adoecer (Zimerman, 2000). Temos uma tendência errónea de associar o desenvolvimento às mudanças positivas e o envelhecimento às mudanças negativas, apesar de ambos os processos acarretarem tanto mudanças positivas quanto negativas (Trentini, Xavier & Fleck, 2006).

⁴ Os telómeros consistem em sequências repetitivas de hexanucleotidos no final da cadeia de ADN de cada cromossoma. Normalmente estas sequências não formam genes funcionais nem expressos na pessoa, sendo os seus nucleotidos utilizados no processo de replicação das células, e consequentemente, no ADN, para formar novas cadeias de ADN. Esta cadeia permite que as células se repliquem, contudo, somente num certo número de replicações (cf. Ribeiro, 2013).

Com o avançar da idade e com a reforma, surgem também alterações no papel social e no *status* da pessoa idosa (devido à reforma), o que em muitos casos leva a crises de identidade e a alterações psicológicas, tais como dificuldades de adaptação, diminuição na motivação, dificuldades no planeamento do futuro, baixa autoestima, diminuição de contactos sociais e, em muitos casos, resulta em depressão e isolamento (Zimerman, 2000).

Ao nível cognitivo, com o avançar na idade, é possível verificar certo declínio do desempenho, no entanto, com a independência dos sistemas cognitivos, nem todas as pessoas idosas são afetadas por este declínio (Parente & Wagner, 2006). Este envelhecimento cognitivo está na base de alguns dos problemas de memória, visão, audição, dificuldades em assimilar novos conceitos e tecnologias, entre outros que surgem nas idades mais avançadas.

Parente e Wagner (2006) apresentam-nos cinco variáveis capazes de explicar *como e porquê* ocorre este envelhecimento cognitivo, designadamente: a *inteligência rígida* e a *inteligência cristalizada*, a velocidade de processamento, a memória de trabalho, as teorias de transtorno de inibição e teoria do lobo frontal (Parente & Wagner, 2006), que explicitámos abaixo.

Existem dois tipos de inteligência associada às formas de aprendizagem: a inteligência cristalizada e a inteligência fluida (Parente & Wagner, 2006). A inteligência fluida designa os processos responsáveis pela assimilação de novos conceitos e pela mobilização de novas estratégias para a resolução de problemas. Esta inteligência é responsável pelos mecanismos de adaptação a novas situações, mobilizando recursos para a sua resolução. Por outro lado, a inteligência cristalizada, corresponde a conceitos e estratégias de resolução de problemas já outrora aprendidos e assimilados no repertório do indivíduo. São normalmente estratégias obtidas de aprendizados anteriores e que se provaram eficientes para a maioria das situações (Parente & Wagner, 2006). As autoras referem que com o avançar da idade, os indivíduos recorrem mais a estratégias que já haviam aprendido antes e se tinham provado eficazes – recorrendo à inteligência cristalizada –, enquanto a capacidade de adquirir e desenvolver novas estratégias (inteligência fluida) diminui, enfraquecendo a sua capacidade de adaptação.

Quanto à velocidade de processamento é referente ao tempo levado para resolver uma tarefa, associada à capacidade de memória e à rapidez percetual. O declínio do desempenho relaciona-se com a memória. Existe, então, uma relação com a teoria da

memória de trabalho, em que a memória apresenta uma capacidade limitada e que tende a diminuir o seu funcionamento com o tempo (Parente & Wagner, 2006).

Na teoria do transtorno de inibição e na teoria do lobo frontal, o que é postulado é uma dificuldade de inibir os estímulos exteriores não relevantes, relacionando-se assim com as dificuldades de atenção.

No entanto, o envelhecimento cognitivo, não implica apenas declínio e perdas. A teoria de perdas e ganhos de Dixon (1999, *in* Parente & Wagner, 2006) pressupõe que apesar de haver perdas para a pessoa idosa, esta também apresenta novos ganhos, seja na forma de sabedoria, de novas estratégias, de um raciocínio mais ponderado ou no estabelecimento de uma identidade coesa (cf. Quadro 1).

Quadro 1- Classificação de Dixon (1999) da Teoria de Ganhos e Perdas

	Pressuposto	Relação Perda/Ganho	Foco da Teoria
<i>Ganhos como ganhos</i>	Ocorrem ganhos no processo de envelhecimento, independentemente das perdas.	As perdas estão ausentes. A possibilidade de ocorrer algum tipo de perda é negada.	1. Operações pós-formais; 2. Sabedoria.
<i>Ganhos como perdas de menor magnitude</i>	Pressupõe a ocorrência tardia da perda; de baixo impacto sem grande influência na vida diária. Podendo não afetar todas as funções e ocorrendo a um nível menos forte do que o previsto.	As perdas apesar de aceites, o seu impacto é minimizado. Sentimento de consolação.	1. Ocorrência tardia, informal e menos generalizada do que o previsto; 2. Existe a possibilidade de acomodar as perdas; 3. O ambiente supre as dificuldades.
<i>Ganhos em função de perdas</i>	Os ganhos encontram-se relacionados com as perdas.	Duas relações entre os ganhos e as perdas são possíveis nesta teoria: ora os ganhos são produtos inerentes às perdas, ora os ganhos ocorrem de forma a compensar as perdas.	Os ganhos podem ocorrer em função das: 1. Perdas cerebrais; 2. Dificuldades orgânicas; 3. Habilidades substitutas; 4. Contextos colaborativos.

Fonte: *in* Parente & Wagner (2006), p. 40.

Pode-se assumir que com o envelhecimento a pessoa torna-se mais capaz de se adaptar e enfrentar as mudanças e obstáculos que possam surgir na sua vida, visto que com as experiências já adquiridas da sua vivência desenvolvem todo um repertório de respostas. A sabedoria é frequentemente “considerada como uma dimensão que inclui o conhecimento formal, o raciocínio moral e um nível de alcance, profundidade e

equilíbrio, capaz de dar resposta às questões controversas e de enfrentar a incerteza” (Baltes & Staudinger, 2000, *in* Novo, 2000, p. 95).

Assume-se assim, a partir de Parente e Wagner (2006), que certos elementos da função cognitiva mantêm-se apesar da idade, melhoram ou formam novos mecanismos cognitivos para suprir as dificuldades das outras funções. A independência das funções cognitivas permite que, mesmo havendo perdas a certos níveis, outras se mantenham sem declínio. Na verdade, sabe-se hoje que o cérebro é detentor de plasticidade que possibilita recuperar do declínio inerente ao envelhecimento, seja criando novas conexões entre neurónios existentes, ou levando outros a tomar o lugar daqueles que morreram (Ribeiro & Paúl, 2011). Do mesmo modo, através do treino cognitivo é possível melhorar o desempenho de tarefas e compensar o declínio (Ribeiro & Paúl, 2011). Logo, independentemente do envelhecimento ser um processo irreversível, o declínio a ele associado não é irreversível nem somente pautado por perdas.

A pessoa idosa que procura manter-se ativa, procurando manter uma rede social saudável e participação nas oportunidades criadas pela sua comunidade, será capaz de identificar os ganhos do seu envelhecimento. Segundo Lima e Murai (2005), com o envelhecimento existe benefícios ao nível do reconhecimento. Apesar de haver um desgaste dos estados fisiológicos ocorre, também, um aumento da sociabilidade, assim como um aumento do sentimento de “missão cumprida” (Lima & Murai, 2005).

1.3. Envelhecimento Bem-Sucedido

Uma vida ativa dentro da sociedade, com envolvimento, participação cívica, convívio e aprendizagem com os outros leva ao progresso da pessoa idosa como indivíduo, contribuindo para o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. O progresso da medicina e uma educação para um estilo de vida saudável têm concorrido para possibilitar aos indivíduos um envelhecimento autónomo e independente, apesar das limitações já referidas.

Neri (1993) define três tipos de envelhecimento: *bem-sucedido*, *o envelhecimento usual* e *o patológico*. No envelhecimento bem-sucedido existe uma preservação da saúde autopercebida e objetiva. O envelhecimento usual é aquele em que surgem doenças físicas e mentais ou algum tipo de limitação funcional, aferível objetiva e subjetivamente, cuja intensidade, leve ou moderada, causa apenas mudanças parciais

na vida diária. O envelhecimento patológico, por sua vez, caracteriza-se pela presença de doenças crônicas/degenerativas que têm um impacto severo na vida da pessoa.

Em 1994, Riley e Riley definiram o envelhecimento bem-sucedido na perspectiva do desenvolvimento humano, afirmando que este depende de aspetos ambientais, sociais e experiências de vida da pessoa. O ambiente também, quando estimulado corretamente, é capaz de fomentar a independência, mesmo com limitações físicas (Keong, 2010; Santos, 2010; OMS, 2011).

Mais tarde, em 1997, Rowe e Kahn, identificaram como elementos do envelhecimento bem-sucedido: uma baixa probabilidade de doenças ou incapacidades; uma alta capacidade funcional cognitiva e física; e a participação e envolvimento sociocultural. Ao definir estes elementos, os autores procuraram integrar tanto as funções físicas, como mentais, no processo de envelhecimento. Assim, os autores consideram a existência de *deficits* cognitivos e fisiológicos consequentes da idade, mas pressupõem a possibilidade de estes serem alterados (Kahn, 2002). Estes podem ser alterados através de modificações no estilo de vida, na prática de atividade física, no suporte social e no sentimento de autoeficácia (Teixeira & Neri, 2008).

Numa perspectiva biomédica e psicossocial, Motta e colaboradores (2005) testaram os critérios estabelecidos por Rowe e Kahn, e chegaram à conclusão que nas pessoas idosas havia dificuldades no preenchimento do critério do desempenho nas atividades de vida diárias (AVD) e na função cognitiva. Os autores averiguaram que, apesar de boa condição de saúde e longevidade, as pessoas não eram, contudo, segundo o postulado por Rowe e Kahn, considerados como tendo um envelhecimento bem-sucedido, caso apresentassem limitações ao nível cognitivo (memória) ou no desempenho das atividades de vida diárias.

Procurando compreender este fenómeno, Phelan e Larson (2002), identificaram como características comuns do envelhecimento ativo a satisfação com a vida, a ausência de incapacidade, domínio e crescimento pessoal, a participação social ativa, a alta capacidade funcional, a autonomia e adaptação positiva. Mais tarde, Phelan, Anderson, LaCroix e Larson (2004), numa amostra norte-americana de adultos em idade avançada, apuraram as características de um bom envelhecimento: a saúde física, a capacidade funcional (capacidade de cuidar do próprio), saúde mental e emocional (autonomia, controlo, adaptação e *coping*) e saúde social (afetos e participação social).

Depp e Jeste (2006) efetuaram estudos quantitativos e qualitativos, com o intuito de avaliar o envelhecimento bem-sucedido. Investigaram tanto os níveis de

desempenho, como as percepções da pessoa idosa na identificação das variáveis para um envelhecimento bem-sucedido. Estes identificaram como fatores determinantes de um envelhecimento bem-sucedido: o domínio da função física, o desempenho nas Atividades de vida Diária (AVDs), a participação social e a atitude positiva perante a vida.

Na sua revisão de literatura, Depp e Jeste (2009) encontraram 28 estudos com 29 definições de envelhecimento bem-sucedido. Em comum, ressaltaram a inexistência de limitação física ou doença, assim como, a ausência de processos demenciais ou de degeneração cognitiva. Além destas características identificadas, Depp e Jeste (2009) ainda encontraram um consenso com a idade subjetiva, ou seja, sentir-se jovem sendo idoso (“young-old”), uma vida fisicamente ativa com hábitos de vida saudáveis e a existência de relacionamentos significativos.

1.3.1. O modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC)

Numa tentativa de explicar as transformações do processo de envelhecer que estão na base de um envelhecimento bem-sucedido, Baltes desenvolveu o modelo SOC (seleção, otimização e compensação) como o processo que possibilita o envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Smith, 2003). Segundo este modelo, para o envelhecimento bem-sucedido ocorrer, dever-se-á proceder a uma sequência de **seleção, otimização e compensação**. A seleção irá consistir na escolha das estruturas disponíveis para a obtenção de determinadas metas ou objetivos. A otimização passará pelos meios selecionados na fase anterior, utilizando todos os recursos internos e externos disponíveis para concretizar a meta de forma eficiente. Por último, a compensação irá consistir na aquisição ou ativação de novas aprendizagens para compensar o declínio consequente deste processo (Baltes & Smith, 2003; Teixeira & Neri, 2008; Pereira, 2012; Medeiros, 2013b).

O modelo de Baltes tem a vantagem de ser um constructo psicossocial, dinâmico, que foca no uso de estratégias psicológicas para adaptação às perdas. O uso destas estratégias, segundo Guedea et al. (2006) possibilita a minimização dos efeitos de stresse, resolvendo o problema ou atingindo um objetivo. Assim, este modelo, ao mobilizar estas estratégias, fomenta o controlo, a autoestima, a capacidade empática, e possibilita mudanças nos valores que levam a um crescimento pessoal e à sabedoria (Guedea et al., 2006).

Apesar de tudo, alguns autores (Lupien & Wan, 2004) criticam este modelo, devido a não incluir variáveis biológicas, como a resiliência e o enfrentamento, que variam em função da saúde física e cognitiva. Outra crítica a este modelo consiste na atribuição inteira da responsabilidade do bem-estar ao próprio indivíduo, ignorando qualquer outro fator exterior ao controlo do mesmo (Teixeira & Neri, 2008). Destas críticas, Baltes e Smith (2003) reconhecem o papel da vulnerabilidade socioeconómica, física e cognitiva no envelhecimento bem-sucedido, principalmente na idade avançada. Daí que os autores considerem que neste período, torna-se essencial desenvolver medidas que reduzam a fragilidade, a perda de identidade, que fomentem a autonomia e o sentimento de controlo da vida.

Todavia, na pessoa idosa, quer a cultura, quer a sociedade, desempenham um papel essencial no modelo SOC. Ribeiro e Paúl (2011) afirmam que, as pessoas idosas recorrem maioritariamente ao processo de compensação nas suas escolhas, servindo-se da cultura para o seu acervo pessoal e social. A compensação pode ser utilizada de diversas formas para solucionar o declínio e os obstáculos apresentados neste período, desde o recurso a pequenos objetos, como óculos para ultrapassar o problema da visão, como recorrer a universidades de terceira idade, ou centros de convívio para contornar a solidão e o declínio (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo é visto como um mecanismo de adaptação a condições e desafios específicos do processo de envelhecimento; pressupõe a capacidade de recorrer a respostas e estratégias adaptativas aos desafios do avançar da idade, resultando numa procura pelo equilíbrio entre as potencialidades do indivíduo e as exigências do meio ambiente (Oliveira et al., 2010).

No entanto, é de notar que a maioria das definições de envelhecimento ativo tem uma alta conotação cultural. Estudos desenvolvidos vieram demonstrar este papel da aculturação no “sucesso da velhice” (Teixeira & Neri, 2008). Diferentes culturas podem valorizar diferentes características como indicativas de um envelhecimento bem-sucedido. Estas perceções sobre o envelhecimento ativo trazem implicações clínicas importantes, demonstram que as doenças e limitações só por si não impossibilitam a pessoa de envelhecer de forma bem-sucedida (Glass, 2003). De facto, muitos autores consideram que o passar dos anos não implica uma deterioração da forma como os adultos em idade avançada avaliam a sua saúde, e apesar de haver doenças ou limitação, os “muitos idosos” são capazes de avaliar a sua velhice como suficientemente boa para viver (Guedea et al., 2006).

Contudo, o envelhecimento é um processo inevitável, e para envelhecer bem é necessário aprender a aceitar as limitações que este acarreta (Zimmerman, 2000). Nesta perspetiva é necessário encarar o envelhecer como parte do desenvolvimento, em que a pessoa passa por diversos períodos passíveis de serem vividos de forma saudável e feliz. “É preciso ter sabedoria para aceitar as limitações inevitáveis impostas pela velhice e para encarar a finitude da vida, permitindo-se falar abertamente sobre a morte ao invés de evitar o assunto” (Zimmerman, 2000, p. 25).

É necessário o individuo continuar a viver para o agora e para o amanhã, fazer planos, enfrentar e aceitar as limitações e procurar a felicidade. “Não se trata de viver no passado, mas sim reconhecer o valor de toda uma existência” (Zimmerman, 2000, p.30). A forma como a pessoa idosa vê o seu envelhecer tem a ver com a forma como o indivíduo enfrenta e supera as perdas e mudanças, mantendo relações interpessoais com valor e procurando manter novos projetos de vida (Zimmerman, 2000).

1.4. Envelhecimento Ativo

Baltes (2000) insere o processo de envelhecimento numa perspetiva do ciclo da vida, em que o envelhecimento segue alterações referentes a objetivos e meios: “I developed a worldview that contained the modifiability of reality as a basic principle, (...) in the modifiability in the course of aging had its foundation in this belief (...) lifespan theory” (Baltes, 2000). Esta perspetiva vem na sequência do modelo psicossocial de Erikson (1959), do desenvolvimento como um processo evolutivo do ciclo da vida.

Os problemas de saúde, incapacidades e limitações físicas, muitas vezes advindos do envelhecimento, acarretam para a sociedade elevados custos quando se procura a remediação ou diminuição dos problemas (OMS, 2011). Estes problemas podem ser reforçados pelas características do ambiente e pelas dificuldades económicas que a pessoa tem. A padronização do envelhecimento assenta na sobrevivência do indivíduo, o que reflete não apenas as variáveis biológicas, como também, os fatores cognitivos e sociais (Pinto et al., 2001), tal como já afirmámos.

No início do século XXI, a OMS formulou como principal objetivo de investigação o aumento da expectativa de vida ativa, ou seja, permitir que a pessoa idosa se mantenha funcional e possa viver com qualidade (Pinto, *et al.* 2001, OMS,

2002). O envelhecimento ativo tornou-se então uma prioridade para as políticas de intervenção ao nível da população idosa.

O estudo do envelhecimento ativo iniciou-se em 1944, no ano em que o *American Social Science Research Council* estabeleceu o *Committee on Social Adjustment to Old Age* (Torres, 1999).

Havighurst foi um dos principais preconizadores da teoria da atividade (1963, *in* Pavão, 2013). O autor afirmava que para ter um bom envelhecimento, na idade avançada, era necessário manter níveis de atividade típicos da idade adulta. Este observou que as pessoas que melhor se adaptavam ao envelhecimento eram aqueles que mais atividades desenvolviam. Nesta perspetiva o “sujeito ativo encara as alterações como componentes de melhoramento de si próprio e do meio ambiente onde está inserido, envolvendo a gestão das suas capacidades e sendo criativo perante as situações de mudança” (*in* Pavão, 2013, p. 18).

Zimmerman (2000) defende que um dos passos a dar para o envelhecimento ativo deverá ser iniciar já em criança uma preparação e uma sensibilização para este momento, pois será aquilo que é desenvolvido ao longo da vida, desde criança, que se irá refletir na pessoa idosa em que o indivíduo se irá tornar. O ano 2012 foi considerado pela União Europeia, o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações”, com o objetivo de “promover, incentivar e mobilizar cidadãos e decisores para que atuem no sentido de criar melhores oportunidades de envelhecimento ativo e de reforçar a solidariedade entre gerações” (Madeira, 2013, p. 23). Esta decisão da Comissão Europeia veio a fomentar a investigação na área do envelhecimento e desenvolver uma série de decisões políticas e académicas com o intuito na promoção do envelhecimento ativo. Portugal foi um dos países a entrar nesta iniciativa.

Procura-se desenvolver e criar oportunidades para todas as pessoas, independentemente da idade, para que possam se manter ativos tanto profissionalmente como na aprendizagem, com segurança e saúde, com uma situação económica estável, entretenimento e com os cuidados necessários (Madeira, 2013). Madeira (2013) refere que o mais importante é possibilitar viver mais com dignidade, ou seja, com saúde, autonomia e participação, com otimismo perante a vida. Será esta posição na vida que converge o envelhecimento ativo e onde assenta o objetivo do “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações”.

Ser ativo, não implica apenas ter um estilo de vida fisicamente ativo. Envolve, além da atividade física, estimulação e treino cognitivo, saúde física e mental, interação

com os outros e participação social, uma alimentação saudável, cuidado com a saúde oral, a prevenção de acidentes e quedas, uma sexualidade saudável, reconhecimento do direito ao afeto, ao respeito e à dignidade (Ribeiro & Paúl, 2011). Mas manter uma vida ativa na idade avançada inclui ainda mais. Ribeiro e Paúl (2011) no seu *manual para um envelhecimento ativo* referem que para ter uma velhice de sucesso, a pessoa idosa deve “ter cada vez mais acesso à informação para um envelhecimento e desenvolvimento saudáveis, (...) ao convívio entre gerações, a promoção da autoestima, à participação em universidades inter-idades, à reaproximação cada vez maior a uma vida dentro do ambiente em que os outros e o resto da sociedade progridem” (Ribeiro & Paúl, 2001, p. XIII).

A Organização Mundial de Saúde define o envelhecimento ativo como: “[...] process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (OMS, 2002, p. 12). Este conceito aplica-se tanto a pessoas como a grupos populacionais. O envelhecimento ativo assenta no pressuposto em, que o indivíduo seja capaz de explorar o seu potencial físico, social e mental, procurando o seu bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida e de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, com participação social, proteção, segurança e cuidado (OMS, 2002). Assim, são três os pilares do envelhecimento ativo: a saúde, a participação social e a segurança (OMS, 2002; Ribeiro & Paúl, 2011; Medeiros, 2013b).

A contribuir para o envelhecimento ativo surge então a condição individual e grupal de bem-estar físico e social, inserida no contexto da sociedade, assim como o grupo etário e os valores e as circunstâncias da história enquanto pessoa (Zimerman, 2000). Para a promoção do envelhecimento ativo procura-se otimizar as competências físicas, psicológicas e sociais, integrando a pessoa em sociedades seguras para a plena participação e cidadania (Ribeiro & Paúl, 2011).

Em face do que foi descrito podemos então questionar sobre como ocorre o envelhecimento ativo. Que mecanismos psicológicos são utilizados para uma velhice com adaptação aos limites do envelhecimento?

1.5. Psicologia Comunitária: Perspetivas e Perceções Sociais do Envelhecimento

Caracterizando-se por uma área específica da psicologia social e educativa, a psicologia comunitária consiste num ramo da psicologia focado na resolução de problemas num grupo social e comunitário e na promoção do *empowerment* e bem-

estar. A psicologia comunitária abrange um largo ramo de contextos de intervenção, focando-se no conceito de *comunidade* no sentido da união e formação de redes sociais. Assim, uma comunidade em psicologia comunitária pode consistir desde uma comunidade que habita uma cidade a pequeno grupo de pessoas adultas e adultas em idade avançada que frequentam um Centros de Convívio (Ornelas, 1997).

Com o aumento da população envelhecida, as comunidades têm de desenvolver estratégias para lidar com as consequências do envelhecimento. Estas consequências ocorrem ao nível político e económico, ao nível dos serviços de saúde e sociais, ao nível do ensino e educação e ao nível da acessibilidade de recursos (Trentini, Xavier & Fleck, 2006; Keong, 2010; Oliveira *et al.* 2010). Esta mudança é vista na sociedade como um fardo económico para os mais jovens e economicamente ativos (Squire, 2005). Surge como prova deste “fardo”, o rácio de dependência dos idosos, que consiste numa relação entre a população com mais de 65 anos e a população entre os 16 e os 64 anos (Squire, 2005). Todavia, Squire (2005) aponta para uma falha dos valores obtidos no rácio, uma vez que para estes valores são assumidos dois pressupostos: a) a dependência e falta de contribuição da população com mais de 65 anos para a sociedade; e b) que a população ativa (entre os 16 e os 64 anos) está profissionalmente ativa e, portanto, contribuindo para a sociedade (*Ibidem*, 2005). Estes pressupostos não ocorrem na sociedade e até, Squire (2005) refere que o rácio da população jovem não ativa requer tantos recursos quanto a população idosa.

Com efeito, a pessoa idosa na sociedade atual ainda é vista com uma visão desfavorável, triste e doente, associada à patologia, à limitação sensorial e física. Novo (2000) refere que a *velhice normal* é definida como a ausência de patologias, no entanto, é mais comum observar-se uma associação entre a pessoa idosa e a presença de doenças. Quantas vezes a pessoa vai ao médico reportando um problema e ouve a resposta “é da idade”? São destes pressupostos, muitas vezes erróneos e generalizados para a população idosa, que surge a concentração em cuidados de deteção e tratamento de doenças, ao invés da prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida (Squire, 2005).

O envelhecimento não deve ser tratado como uma doença. Squire (2005) afirma que a perceção que a sociedade tem do envelhecimento direciona as oportunidades, os serviços e os cuidados para aquilo que a sociedade “pensa” que a pessoa idosa precisa. Focam assim no problema, na doença e não na pessoa idosa. Não existe uma posição positiva e proactiva em relação ao envelhecimento. Isto leva a que os próprios adultos

em idade avançada recusem as oportunidades a eles oferecidas, devido a pressões e papéis sociais impostos pela sociedade e pela experiência de vida (Lima & Murai, 2005; Squire, 2005; Keong, 2010). É comum ouvir-se os argumentos como “já não tenho idade para estas coisas” ou então “burro velho não aprende”. São frases feitas contextualizadas numa realidade estereotipada, baseada na crença tão enraizada nas mentes das pessoas, de que a partir de certa idade, o papel da pessoa deverá consistir no papel de um “velho”. As pessoas são vistas na contemporaneidade como bens “descartáveis”, que uma vez perdida a sua utilidade percebida socialmente ou “valor comercial” tornam-se inúteis e, portanto, substituíveis por pessoas mais jovens. Contudo, esta leitura e consequente abordagem da sociedade sobre o mais velho trás consequências, não só para a pessoa em si, mas também para a comunidade envolvente (Medeiros, 2013b).

No mesmo sentido, Zimmerman (2000, p. 33) afirma que a pessoa idosa “(...) não tem espaço psicológico, moral e existência na família e na sociedade”. É como se estes estereótipos fossem geracionalmente disseminados, “(...) torna-se difícil os mais jovens aceitarem que o velho tem um ritmo diferente (...) ao contrário do ritmo acelerado e exorbitante da sociedade corrente e sua tecnologia” (*Ibidem*). Assim, é preciso demarcar um lugar para a pessoa idosa na sociedade e na família, um lugar socialmente ativo, que fomenta a qualidade de vida e potencie a contribuição social da pessoa idosa.

O comportamento social tem um papel ativo em todo o processo de envelhecimento e é essencial para uma qualidade de vida na velhice. Citando Medeiros (2013b, p. 31): “as sociedades que não incluem os mais velhos, que não promovem o bem-estar e a felicidade e que não coloquem a tónica na prevenção, estarão condenadas às desigualdades sociais, ao fosso e clivagem intergeracional, à fragilidade e vulnerabilidade sociais, ao sofrimento e ao investimento forçado no envelhecimento patológico e nos cuidados continuados”.

Na Psicologia Comunitária, o enfoque no envelhecimento prima pela promoção do bem-estar e qualidade de vida da população em idade avançada, procurando promover a interação e participação cívica da pessoa, com respeito e dignidade, garantido a segurança da pessoa e a sua individualidade e identidade (cf. Pereira, 2012). Assim, a Psicologia Comunitária deverá procurar consciencializar tanto a sociedade como os poderes políticos, empresariais e institucionais para o potencial da pessoa idosa, para alteração da visão da pessoa em que o seu valor não seja medido pela sua “utilidade comercial” (Medeiros, 2013b).

A promoção da saúde física e psicológica e a vida saudável da pessoa idosa poderá ser atingida com a implementação de programas que procuram a prevenção, focando nas potencialidades da pessoa idosa, na motivação, e no fortalecimento de laços sociais e redes de apoio social, isto é, programas de carácter multidimensional que atuam em contextos diversificados (Pereira, 2012; Medeiros, 2013b), como a comunidade, a família e as instituições educativas em geral.

As instituições que acolhem pessoas idosas desempenham um papel essencial para alterar estes preconceitos, ao demonstrar que os seus utentes/clientes ainda têm o potencial para aprender e continuar o seu desenvolvimento com sentido de vida, satisfação e bem-estar. Apesar de tudo, o estereótipo da pessoa idosa como alguém inútil, como “velho”, infeliz, doente sem mais nada a aspirar da vida ainda permanece na sociedade atual (Zimerman, 2000).

A investigação em psicologia tem tentado alterar a visão da sociedade sobre o processo do envelhecimento (Ryff, 1989; Neri, 1993; Novo, 2000; Fernandes, 2001; Guedea et al., 2006; Ryff & Singer, 2006; Depp & Jeste, 2009; Albuquerque, Sousa & Martins, 2010; Hess & Dikken, 2010; Keong, 2010; Oliveira et al., 2010; Springer & Hauser, 2011; Humboldt & Pimenta, 2012; Medeiros, 2013b).

Os profissionais de psicogerontologia e geriatria devem contribuir para promover uma mudança na conceção dos envelhecimentos, pela desconstrução de estereótipos, e otimizar as instituições, de forma a personalizar os espaços, e possibilitar o envolvimento das pessoas idosas na promoção da sua própria qualidade de vida, atividade e bem-estar (cf. Pavão, 2013; Medeiros, 2013b). Fomentar o *empowerment* da pessoa idosa, a sua motivação e a sua iniciativa, tomando um papel ativo na promoção do seu bem-estar deverá ser uma dos objetivos do psicólogo, designadamente preservando em contexto de lares de longa permanência a história de vida pessoa idosa, “(...) a autonomia possível e uma maior participação no rumo da sua casa coletiva” (Pavão, 2013, p.112). “O psicólogo deve ser encarado como um recurso que possibilita o acesso a outros recursos. É, assim, um facilitador que potencializa as competências das pessoas idosas” (Pavão, 2013, p. 112).

Em síntese, o processo de envelhecimento consiste num processo heterogéneo, universal, multidimensional e irreversível ao longo da vida, inerente ao qual se

associam diversas transformações de ordem física, cognitiva, social e emocional. A heterogeneidade da pessoa determina o próprio processo em si e a forma e intensidade com que o declínio surge na adultez avançada. Preparar-se para a mudança, fomentar o envelhecimento com atividade, participação cívica, saúde, bem-estar e segurança são essenciais para fomentar um envelhecimento ativo.

Existem várias teorias explicativas do envelhecimento. Estas procuram demonstrar os mecanismos biológicos e psicológicos por detrás do declínio inerente ao envelhecimento. Apesar do ser humano ter relativa longevidade, o declínio é controlado por uma “data de validade” biológica associada ao próprio código genético do ser humano. Esta “data de validade” é influenciada pelo estilo de vida da pessoa e as variáveis psicológicas e ambientais explicam as disparidades no envelhecimento individual.

Por fim para fomentar um envelhecimento ativo na velhice será garantir, mais do que a saúde física, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa adulta em idade avançada.

Capítulo 2 – Da Reforma à Institucionalização de Pessoas Idosas

2.1. Vivência da Reforma

Alguns autores acreditam (Fernandes, 2001; Nunes, 2009) que a reforma foi um dos mecanismos que vieram a desenvolver a idade avançada, a “velhice” como uma categoria social com os seus respetivos estereótipos. Pois, além de acarretar consequências a nível económico e social, também causa perturbações no ciclo de vida destas pessoas (Nunes, 2009).

Com a reforma ocorre uma alteração no papel social da pessoa, passa de um elemento ativo da sociedade a um “reformado” (Fernandes, 2001). Uma vez adquirido a categorização de “reformado”, a pessoa idosa tem de se reintegrar, reajustando-se às mudanças deste período da sua vida, de modo a manter-se ativa e saudável. A pessoa anteriormente tinha uma “utilidade” profissional e social, era vista como um membro ativo da sociedade para passar a ser vista como um “reformado”, associando-se ao título de “reformado” um valor conotativo negativo. A pessoa ao receber esta categorização perde o estatuto social que a atividade profissional lhe fornece, sofrendo uma desvalorização, algo que é cada vez mais imposto pela entrada na idade avançada (Fernandes, 2001).

Porém, Medeiros (2013b) acredita, que manter a empregabilidade para além da “idade da reforma”, tendo em conta o reajustamento necessário ao nível da exigência, horário e/ou ritmo de trabalho, permitiria à pessoa idosa –e não idosa–, beneficiar de saúde física e ou psicológica. Medeiros (2013b) lança um desafio ao tecido empresarial/institucional sobre a reforma: 1) a preparação do funcionário para a transição e saída para a reforma, possibilitando a integração do mais velho num papel de tutor, que possa partilhar experiências com os mais novos; 2) após a reforma permitir que permaneça o vínculo entre o funcionário reformado e a empresa, em que a empresa pudesse recorrer ao funcionário para consultadoria, participação em espaços de fóruns e eventuais tarefas apropriadas às capacidades da pessoa (Medeiros, 2013b). Cumprir este desafio não só reforçaria as empresas e instituições, como lhes fornecia riqueza de conhecimentos afetos à instituição/empresa, mantidos através do diálogo e interação intergeracional. Se forem tomadas estas decisões comunitárias, então a pessoa adulta e idosa manter-se-á ativa depois da reforma, sem ocorrer uma quebra direta entre a pessoa e o seu ambiente do trabalho, pela possibilidade de desempenhar um novo papel como alguém que auxilia na riqueza do *modus operandi* da empresa/organização profissional.

No contexto atual português, a idade oficial da reforma situa-se nos 66 anos. Após a idade limite não é possível às pessoas permanecer em profissões do estado. No entanto, são muitos os que esperam por esta decisão socialmente imposta de um calendário cronológico, devido a questões de saúde ou vulnerabilidade física ou psicológica (Medeiros, 2013b). No intervalo etário entre os 50 e os 60 encontram-se muitas pessoas já reformados, que foram abrangidas por legislação anterior, aderiram às pré-reformas ou que estão reformadas por invalidez. São muitas as pessoas que sobrevivem à base de pensões. Verifica-se, conseqüentemente, penalizações no rendimento económico da pessoa (ou família), com uma diminuição na capacidade de compra, que impõe algumas limitações na esfera social. As dificuldades económicas vêm potenciar o perigo de isolamento. Se a pessoa não é capaz de manter relações significativas com os demais, isto afeta os seus níveis de autoestima, o sentimento de solidão e pode levar à depressão (Tamai, Covas & Teixeira, 2010).

Com a aproximação da idade de reforma à idade em que a pessoa é considerada idosa (OMS, 2011), a linha que separa os dois fenómenos torna-se mais difusa. A separação entre reformado, e não reformado aproxima-se muito da categorização idoso, não idoso, apesar de ambos os fenómenos, tanto o processo de envelhecer como a entrada na reforma, basearem-se em nuances diferentes.

A associação entre a idade avançada e a idade de reforma acabou por se tornar difusa com as reformas antecipadas e com o crescimento de pessoas em idade avançada que continuam profissionalmente ativos, mesmo passados os 66 anos de idade. Isto fez com a idade da reforma e a idade avançada deixassem de ser coincidentes (Fernandes, 2001). Esta desvinculação entre as duas separa o envelhecimento da reforma, de tal forma que a pessoa idosa pode manter-se ativo tanto profissionalmente como pessoalmente.

A entrada na reforma implica uma quebra na rotina da pessoa, tanto no nível pessoal como profissional. A rotina da carreira termina com a entrada na reforma, e surge subitamente um acréscimo no tempo que era outrora reservado para a atividade profissional. Isto requer que a pessoa faça uma reaprendizagem do tempo de lazer (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). No entanto, a entrada na reforma também provoca perdas ao nível das relações que se estabeleceram ao longo das décadas, em que decorreu o desempenho profissional. Existe uma quebra nas relações de trabalho, levando frequentemente à diminuição do convívio e à falta de comportamentos de sociabilidade (Silva, 2009).

Com as perdas do envelhecimento ao nível da locomoção, dos sentidos e de doenças ou incapacidades que possam restringir os movimentos, a pessoa adulta ou idosa fica colocada subitamente numa posição em que o convívio é dificultado, enquanto, anteriormente, na posição de profissional era facilitado. Juntando esta diminuição da sociabilidade a questões de uma redução da atividade física e cognitiva e ao surgimento de limitações físicas, a par de perdas económica, a pessoa fica em risco de isolamento e solidão (Silva, 2009).

Torna-se essencial preparar a pessoa para a saída da vida profissional e entrada na reforma, para prevenir a reclusão, o isolamento e a depressão da pessoa. E, ao contrário, fomentar o sentimento de atividade e utilidade, a vinculação e a pertença da pessoa na sociedade, possibilitando à pessoa um novo papel com sentido de vida e utilidade social (Medeiros, 2013b).

A reforma também implica outras leituras mais construtivas e positivas e pode surgir como um prémio conquistado ao longo dos anos, um “salário sem trabalho” (Fernandes, 2001), em que a pessoa está liberta de responsabilidades profissionais. Surge um aumento do tempo de lazer, essencial agora para o bem-estar da pessoa idosa (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). Com este novo aumento dos tempos livres, a pessoa tem a oportunidade de delinear novos objetivos e planos para a sua vida, fomentando o seu próprio bem-estar e qualidade de vida. Nisto a reforma torna-se um propulsor para o bem-estar da pessoa idosa, ao fornecer finalmente tempo de lazer para perseguir “sonhos” (Tamai, Covas & Teixeira, 2010), que foram adiados ao longo da vida.

A existência de tempo livre que outrora era usado para a dedicação à carreira, pode ser aproveitado para o lazer, contudo, nem sempre as pessoas sabem como se dedicar ao lazer. Outrora as atividades de lazer eram algo secundarizado a favor da carreira, dos estudos e/ou da vida familiar. A verdade é que o lazer em si trás uma série de habilidades de reorganização do ritmo e da ocupação do tempo que era ocupado por algo rotineiro: a carreira, e/ou a família (Soares, 2010). A reforma e o tempo de lazer deverão ser vistos como uma oportunidade para procurar relações sociais, atividades ou ocupações que outrora foram postas de parte em favor da carreira (Zimmerman, 2000).

2.2. Institucionalização e Instituições: Problemáticas e Desafios

No final do século XX, Zimmerman postulou que a sociedade moderna deverá lutar por um espaço de relevo para a pessoa idosa, tanto na sociedade como na família.

Contudo, para tal, são requeridos recursos que muitas vezes as sociedades e as famílias não têm a possibilidade de dispensar, seja tempo, recursos monetários, ou até um espaço físico, com condições apropriadas para a população em causa.

As instituições de acolhimento de longa permanência para a pessoa idosa surgem como espaços físicos capazes de assegurarem condições de segurança e garantirem os cuidados e as necessidades específicas deste período da vida, sobretudo quando está comprometida a autonomia e a saúde.

Criadas para fornecer oportunidades e respostas a esta população foram desenvolvidos os lares de idosos, centros de dia e centros de convívio e as universidades para a terceira idade, além de outras instituições de resposta específica para situações especiais (Zimerman, 2000). Estes espaços tornam-se redes de apoio que fornecem ajuda específica à pessoa idosa, quando esta se encontra incapacitada de ficar em residência própria por uma variedade de razões (cf. Melo, 2014). Um dos motivos de procura normalmente decorre na sequência de falecimento de familiar (como cônjuge), doença incapacitante, isolamento, solidão e o estado de habitação (degradada ou não adaptada aos problemas de mobilidade, etc.) (*Ibidem*). Muitas vezes, estas instituições surgem como a única resposta passível de fornecer os cuidados de saúde e qualidade de vida na idade avançada, todavia remetem a pessoa idosa para um novo espaço e realidade com a qual a pessoa não está familiarizada (Pavão, 2013).

A pessoa idosa, quando recorre a uma instituição, pode procurar dois tipos de instituições: de longa permanência ou instituição sociorrecreativa. Muitas vezes, as instituições de longa permanência também incluem apoio sociorrecreativo e atividades socioculturais.

A pessoa idosa recorre às instituições por diversas razões, entre as quais a busca de relações significativas, de novas formas de lazer ou então por um local para viver o fim dos seus dias (cf. Zimerman, 2000). A situação ideal é a de a própria pessoa tomar a decisão de procurar a instituição que a irá acolher, mas, muitas vezes derivado das mudanças na sua vida ou do desejo de não ser um “fardo” para a família, estes motivos fazem com que a pessoa veja a instituição como a única alternativa (Pavão, 2013).

A institucionalização em lares de longa permanência acarreta alguns problemas ao idoso: um isolamento parcial da pessoa, levando à diminuição das relações interpessoais exteriores ao lar, perdas e limitações em termos de liberdade de expressão e de atividades, e, em alguns casos, o abandono social (Zimerman, 2000; Pereira, 2012). A institucionalização leva, ou pode levar, a que a pessoa idosa abandone o seu contexto

habitacional, muitas vezes permanentemente, o que leva a que ocorra um corte com o ambiente que outrora lhe era familiar (Pavão, 2013).

Efetivamente, a institucionalização causa, frequentemente, uma rutura com a sociedade em que a pessoa estava inserida, daí a origem do termo “asilo”, anteriormente utilizado para designar os lares de longa permanência. A rutura pode afetar o bem-estar das pessoas, visto que a conceção de “lar”/casa que a pessoa antes tinha, torna-se agora um local compartilhado com outras pessoas com as quais a pessoa nem sempre está pronta a lidar (cf. Melo, 2014). A entrada para a nova instituição, seja de acolhimento de longa permanência ou de convívio, requer uma adaptação a este novo contexto, o que nem sempre é fácil, principalmente quando a pessoa não teve voz na tomada de decisão para a entrada na instituição (Pavão, 2013). A crença e o constructo que a pessoa tem sobre “lar” irá, invariavelmente, condicionar o processo de adaptação ao acolhimento na instituição.

Nem sempre as instituições para a população idosa estão preparadas para fornecer os devidos serviços à população. Muitas vezes estas instituições, apesar de se comprometerem a prestar serviços e responder às necessidades da pessoa que as procura acabam por segregar a pessoa idosa da sociedade por tempo indeterminado (Pereira, 2012), por ausência de atividades, tanto físicas como cognitivas, levam a que a pessoa idosa aumente o seu declínio. Para alterar este quadro da institucionalização é necessário enveredar por uma política preventiva, e educativa para a saúde, em que a sociedade tome parte na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada (Pereira, 2012; Melo, 2014).

É crença comum que a institucionalização diminui o bem-estar da pessoa idosa. O corte com o ambiente outrora assimilado pela pessoa e a forçada adaptação a este novo local de vivências, muitas vezes acarreta uma má adaptação, principalmente quando a entrada na instituição não é uma opção voluntária da pessoa idosa (Pavão, 2013).

Pereira e Medeiros (2014) referem que apesar dos cuidados de saúde e necessidades primárias estarem asseguradas pelo lar de longa permanência, muitas vezes os seus clientes sofrem com o isolamento e ausência de afeto e suporte familiar, podendo diminuir o bem-estar psicológico. Contudo as autoras referem que observaram existirem diversas formas da pessoa estar na instituição, que dependem de vários fatores, desde potencialidades da pessoa à qualidade de relações e recursos humanos disponíveis na instituição (Pereira & Medeiros, 2013). Citando Medeiros e Pereira

(2013, p. 226) “(...) verificamos que nalguns casos o convívio entre clientes dos lares mais não é do que um *estar longe de* (numa espécie de vazio), ou *ao lado de*, mas não será o *estar com*.”

Contudo, Melo (2014), quando comparou duas populações de pessoas idosas, institucionalizadas e não institucionalizadas, observou que a população institucionalizada tinha melhores resultados ao nível de bem-estar psicológico do que os não institucionalizados. Também Coimbra *et al.* (1999, in Pavão, 2013) verificou que um grupo de pessoas que frequentavam uma instituição de acolhimento, não apresentavam diferenças significativas quando comparadas com outro grupo de pessoas que recebiam apoio domiciliário na sua residência. Uma possível explicação para estes resultados reside no facto das pessoas institucionalizadas verem as suas necessidades satisfeitas, tanto ao nível da alimentação e higiene como na ocupação dos tempos livres e convivência (Melo, 2014), bem como o conhecimento e estreitamento de novas relações interpessoais.

O ser humano é um ser inerentemente social, por isso as relações com os outros são um elemento vital para o desenvolvimento saudável em qualquer momento do ciclo da vida. Na idade avançada, as relações interpessoais com qualidade são tão ou mais importantes quanto noutros períodos do ciclo de vida. Zimmerman, em 2000, refere que atividades que possibilitem as interações com os outros de forma saudável, com qualidade e compreensão dão à pessoa idosa a tranquilidade e a segurança necessários para enfrentar as dificuldades e alterações provenientes deste período. As relações com os outros são um dos principais fatores protetores para um envelhecimento saudável com bem-estar e qualidade de vida.

2.2.1. Universidades da Terceira Idade e Centros de Convívio

Todas as pessoas têm o potencial de aprender ao longo do ciclo de vida, sendo fundamental para o desenvolvimento da pessoa e construção do seu *self*. A aprendizagem é uma competência que acompanha a pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida, independentemente da idade. É um processo de desenvolvimento da pessoa, de construção do seu *self* e formação da pessoa como cidadão, parte integrante de uma sociedade aberta à informação (cf. Almeida, 2012).

Quando a pessoa idosa é autónoma e tem as suas funções cognitivas preservadas, as Universidades da Terceira Idade (UTI), os centros ocupacionais e os centros de

convívio são uma boa resposta para um envelhecimento ativo e surgem como uma alternativa aos lares de longa permanência, sobretudo em espaço de atividades de estimulação multidimensional durante o dia.

O cérebro, como todos os restantes sistemas do corpo humano, não está livre da atrofia e do declínio inerente do tempo, porém é um órgão extremamente versátil, detentor de plasticidade. A plasticidade do cérebro permite que este seja capaz de recuperar do mau funcionamento dos neurónios, sendo, portanto, possível recuperar e resgatar capacidades (Ribeiro & Paúl, 2011). Assim sendo, verifica-se que nem todos os aspetos cognitivos são afetados de igual modo pelo envelhecimento, razão pela qual a pessoa idosa é capaz de manter habilidades suficientes para uma vida autónoma até idades mais avançadas (Tamai, Covas & Teixeira, 2010), no entanto, sem qualquer tipo de estimulação, o declínio irá ocorrer mais rapidamente, visto que as conexões não utilizadas serão perdidas (Ribeiro & Paúl, 2011). Consequentemente é fundamental estimular o cérebro através de atividades sociocognitivas na adultez em idade avançada.

Nas palavras de Zimerman (2000, p. 34), estimular é “criar uma postura de busca constante, de realizar atividades, de sentir-se alguém, para, com isso, ser parte integrante e ativa do seu grupo. É incentivar a busca da satisfação nas realizações do dia-a-dia, a fim de ampliar o mundo interno e externo, tornando-se satisfeito, ajustado, valorizado e integrado, para que não seja um peso para si, para a sua família e para a sociedade”.

Contudo, existem crenças erróneas na sociedade comum de que a pessoa idosa não é capaz de aprender, visível no senso comum e nas crenças populares através de provérbios como “burro velho não toma ensino”.

2.2.1.1. Universidades da Terceira Idade

As Universidades da Terceira Idade e os programas de aprendizagem ao longo da vida vêm demonstrar que a pessoa tem capacidade de aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver (em comunidade) e aprender a ser (cf. Almeida, 2012). Dotam a pessoa idosa de competências e aprendizagens para lidar com a evolução tecnológica, a globalização e a diversificação cultural que a sociedade moderna apresenta, permitindo que a pessoa atualize os seus conceitos, expandindo o seu repertório e capacidades para uma maior autonomia (Almeida, 2012).

A primeira Universidade da Terceira Idade surgiu em França, em 1973, desenvolvida pelo professor Pierre Vellas (cf. Almeida, 2012). Os seus objetivos incluíram: informar e investigar problemas relacionados com saúde, serviços sociais e saúde; fornecer formação cultural para a autorrealização pessoal e satisfação da vida; sensibilizar as pessoas para as dificuldades da idade avançada, de modo a fomentar o papel da pessoa idosa como socialmente útil; e formar profissionais na área do envelhecimento e educação no envelhecimento.

As UTIs e os programas de aprendizagem para idosos permitiram a muitas pessoas um novo propósito na vida, ao permitir a continuidade da aprendizagem (Medeiros, 2013a). Têm permitido a recuperação da autoestima da pessoa idosa, da sua autoconfiança, propósito de vida e a interação social e formação de redes de suporte social (cf. Almeida, 2012), além de permitir a autoatualização de conceitos, crenças e a formação de novas aprendizagens.

Uma das razões que leva as pessoas idosas a procurarem os centros de convívio, centros ocupacionais ou os programas universitários é o tempo livre que a reforma possibilita o reforço da rede social, e novas fontes de socialização.

O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores, destinado a estudantes seniores (dos quais alguns já octogenários e nonagenários) foi criado em 2003, *no campus* de Ponta Delgada, pela Professora Doutora Teresa Medeiros. É um programa sistemático e contínuo, seguindo o postulado pela OMS e da União Europeia para o envelhecimento ativo.

O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, na sua essência tem como objetivos: a) promover o conhecimento e a aprendizagem ao longo da vida; otimizar o desenvolvimento da pessoa adulta (e adulta em idade avançada), nas dimensões cognitiva, afetiva, social e espiritual; contribuir para o bem-estar psicológico e social bem como a qualidade de vida da pessoa idosa; fomentar a criação de vínculos intergeracionais; estimular a investigação em gerontologia; desenvolver boas práticas de envelhecimento ativo na comunidade com base em redes multidimensionais e multi-institucionais; promover a extensão cultural da universidade através de um programa científico para a população idosa fundamentado na investigação nas neurociências e na psicogerontologia (Medeiros 2013a).

O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores (Ponta Delgada) é um exemplo ao nível regional e nacional de um programa de aprendizagem e desenvolvimento multidimensional e estimulação do envelhecimento

ativo, para os adultos e idosos. Este programa surgiu como pioneiro nas universidades públicas portuguesas, apelando ao papel, que se deseja participativo, da população sénior na sociedade atual, procurando promover o envelhecimento ativo, e a dinâmica intergeracional da partilha do saber.

Estes programas permitem à pessoa idosa manter grande parte da sua autonomia, independência e identidade, sem impor mudanças drásticas no seu ambiente de vivências e proporcionando novas oportunidades de lazer, de convívio e socialização, de aprendizagem e autoatualização.

2.2.1.2. Os Centros de Convívio/Centros de Dia

Na literatura existe uma tendência para focar a sua ação nas instituições de acolhimento e permanência de pessoas idosas, pelo que o enfoque da investigação em instituições dedicadas a pessoas idosas parece rondar pelos lares de idosos e outras instituições de longa permanência. Assim sendo, a literatura tem negligenciado o papel das instituições de convívio na promoção da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Os Centros de Convívio (também chamados Centros de Dia) foram construídos como locais onde o objetivo consistia em fomentar a socialização e a participação social da pessoa idosa, possibilitando a esta, novas oportunidades para a partilha de sentimentos (positivos e negativos) vivenciados neste período (Duarte, 2010).

Os primeiros centros de convívio surgiram na Europa, por volta dos anos 60, mas, em Portugal, só nos anos 70 surgiram as primeiras instituições direcionadas a pessoas idosas (centros de dia, centros de convívio, etc.) (Vaz, 1989). É de realçar que inicialmente somente procuravam o aumento da socialização da pessoa idosa, focando os objetivos na promoção de atividades sociais, desportivas e recreativas. Só mais tarde, é que os centros de convívio introduziram a vertente socioeducativa, tentando fornecer oportunidades de educação em saúde, através de palestras e seminários. O Centros de Convívio procura integrar a comunidade na promoção de saúde da pessoa idosa, através de campanhas educativas e fomentando oportunidades de participação, de modo a resgatar o sentimento de utilidade social e a autoestima da pessoa idosa (Duarte, 2010).

O Centros de Convívio é um local que fomenta a reinserção social em que todo o espaço é organizado para fornecer oportunidades para atingir esse desiderato.

Algumas diferenças entre o Centros de Convívio e um lar de longa permanência para idosos encontram-se exatamente no tempo de permanência, no sistema residencial

(permanente ou apenas umas horas do dia), no estado de saúde dos utentes/autonomia e na razão da procura. Em muitos casos, as pessoas recorrem a lares por falta de outra possibilidade, tratando-se mais de uma obrigação do que um desejo, enquanto no Centros de Convívio, a pessoa idosa procura a instituição de forma ativa e espontânea, livre de encargos ou obrigações perante a sua frequência e mantém as suas atividades de vida diária na sua residência, ou de familiares, com grande autonomia e independência.

No Centros de Convívio, a pessoa tem um papel dinâmico no processo de promoção de saúde. Através da socialização e do convívio, é possibilitado ao indivíduo um aumento da sua rede de relações sociais e uma maior integração na comunidade. O centro torna-se um local que permite ao indivíduo uma atualização de conhecimentos através da ampliação das suas oportunidades e da exposição a novas situações, que aumentam a sua sensação de bem-estar físico e emocional (Duarte, 2010).

Geralmente os centros de convívio incluem diversas áreas de ação direcionadas à promoção de saúde e bem-estar na pessoa idosa. Duarte (2010) aponta como áreas de intervenção de um Centros de Convívio: a educação física; a fisioterapia; a fonoaudiologia; a medicina; a nutrição; a odontologia; o serviço social; a terapia ocupacional. Cada área em si desempenha um papel essencial para o bem-estar da pessoa.

Ao integrar atividades de educação física, é tido como objetivo um desenvolvimento da aptidão física e da qualidade de vida dos adultos em idade avançada (Dias, Salvador & Cucato, 2010). A atividade física, além de promover oportunidades de convívio e socialização para a pessoa idosa, também melhora e preserva a capacidade funcional do indivíduo, melhorando a sua autonomia e o controle de doenças. Existe um consenso de que a prática de atividade física é uma das estratégias mais eficazes para reduzir os efeitos do envelhecimento (*Ibidem*, 2010). Com a atividade física espera-se promover a saúde e reduzir os fatores de risco que levem ao desenvolvimento de doenças crónicas (Squire, 2005).

O enfoque na área da fonoaudiologia tem como objetivo desenvolver a capacidade funcional da pessoa. A capacidade funcional tem um papel essencial no bem-estar e na autonomia do idoso. Esta relaciona-se com a capacidade da pessoa executar as atividades básicas e instrumentais da vida diária sem auxílio, e de forma independente (Cordeiro, 2005, *in* Soares, 2010). Ao valorizar-se a autonomia nos centros de convívio, procura se preservar a independência física e mental da pessoa idosa (Dias, Salvador & Cucato, 2010; Soares, 2010).

Outros importantes elementos de um Centros de Convívio consistem no suporte do serviço social e na terapia ocupacional. Neste âmbito, os técnicos envolvidos nos serviços⁵ (geralmente psicólogos, assistentes sociais, educadores sociais/animadores culturais) deverão trabalhar em conjunto em todo o processo de planificação, desenvolvimento de atividades e intervenção, de modo a promover o desenvolvimento de cada utente como membro do grupo, fomentando a sua consciência de cidadania e a participação social.

Por sua vez, a terapia ocupacional é um dos componentes mais importantes do centro, pois é através da terapia ocupacional que é possível manter a pessoa idosa ativa emocional e cognitivamente. As atividades de terapia ocupacional além de fomentarem a autoatualização da pessoa idosa, também apresentam um caráter preventivo do declínio cognitivo característico da idade avançada (Domingos & Lemos, 2010). A terapia ocupacional pode ser feita em grupo ou individualmente. Atividades de terapia ocupacional incluem desde atividades físicas, como a dança e a expressão corporal, atividades criativas, como a pintura e música, a tarefas de estimulação cognitiva que enfoque no raciocínio e, sobretudo, na memória. Quando em grupo, a terapia ocupacional permite estimular a integração no grupo de convivência, aumentando assim o sentimento de pertença (Tamai, Covas & Teixeira, 2010).

As atividades de estimulação cognitiva e as oficinas de memória permitem ao idoso resgatar e reabilitar as suas capacidades mentais, assim como prevenir o declínio, tendo assim um papel importante para a diminuição da ansiedade ao fornecer novas estratégias ou resgatando recursos outrora perdidos para enfrentar o quotidiano (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). Através de atividades como a dança, a pintura, a formação, o treino da memória e das capacidades intelectuais, pode-se trabalhar e desenvolver não só a coordenação, mas também a atenção, a abstração, a concentração e a estimulação sensorial, fomentando o equilíbrio físico e mental necessário para o bem-estar da pessoa idosa.

⁵ O papel destes profissionais deverá passar pela educação social informal, pela animação e conscientização, pelo aconselhamento, pela participação no planeamento e implementação de projetos sociais, pela contribuição na construção de redes de suporte social, pela mobilização de recursos, pela articulação com os restantes recursos da comunidade e da instituição (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). O psicólogo comunitário deverá formar e preparar o Centros de Convívio e o seu pessoal de trabalho para a dimensão socioeducativa das atividades desenvolvidas e para o encaminhamento de projetos sociais de formação e integração, assim como oportunidades de convívio intergeracional (Duarte, 2010).

Nesta medida, os centros de convívio são espaços sociais que incentivam não só a socialização entre pessoas idosas, mas também fomentam ações de promoção e proteção de saúde e oportunidades para novas aprendizagens. Contribuem, assim, para a autonomia, para o envelhecimento saudável e ativo e para a prevenção do isolamento social.

2.3. As Relações com o Outro e a Estimulação Sociocognitiva

As relações positivas, as interações sociais e o suporte afetivo, nesta perspectiva, têm um papel essencial no desenvolvimento do bem-estar psicológico e subjetivo e no envelhecimento ativo. Na interação com o outro ocorre uma “troca permanente de afeto, carinho, ideias, sentimentos, conhecimentos e dúvidas” (Zimmerman, 2000, p. 34). Através desta troca é possível estimular a cognição da pessoa. Segundo Zimmerman, o convívio permite a “estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular e do aprender” (2000, p. 34).

As relações interpessoais acontecem durante todo o ciclo de vida. Estas relações “eu e outro” ocorrem de forma sistemática e interpessoal, entre um *self* e um objeto em diálogo e co construção (Medina, 2010). Assim é necessário haver uma ligação de afeto, que forneça significado representacional ao mundo psíquico dos indivíduos. No entender de Medina (2010) esta ligação irá depender da representação que a pessoa tem do outro e a representação que tem de si mesmo. As relações interpessoais disfuncionais com o outro irão gerar vulnerabilidades na estruturação e nas representações internas, debilitando assim o bem-estar. Ao invés, as relações problemáticas debilitam a construção do *self*, levando à vulnerabilidade; se ocorrer exclusão e distância, irá resultar num *self* inseguro e dependente dos outros, desenvolvendo um sentimento de vazio, sentimento de abandono e sem sentido sem a presença dos outros (Medina, 2010).

A pessoa idosa frequentemente lida com perdas nas relações significativas, tornando-se necessária uma reestruturação da pessoa (Zimmerman, 2000). Contudo, ao formar vínculos com o grupo de convívio, a pessoa idosa cria novas amizades significativas que facilitam esta estruturação. O indivíduo, ao sentir-se integrado no grupo, vê-se como um membro ativo do mesmo, da família ou da comunidade, desenvolvendo um sentimento de pertença, segurança e liberdade (Zimmerman, 2000).

Numa instituição de acolhimento ou convívio, a pessoa surge inicialmente no grupo como um estranho, um membro exterior ao grupo cuja apresentação expõe a pessoa a uma situação de insegurança (Pavão, 2013). O grupo torna-se uma ameaça à pessoa e à sua identidade; a forma como esta é vista pelos restantes membros de grupo, seja positiva ou negativa, irá influenciar toda a interação, e esta variável pode condicionar o medo de perturbar a dinâmica do grupo, muitas vezes perdendo a sua identidade no processo (Pavão, 2013). A necessidade de fazer parte do grupo vem acompanhada de uma necessidade de se afirmar como indivíduo singular, e muitas vezes requer que ocorra uma oposição entre a pessoa e a dinâmica do grupo (Pavão, 2013). Todavia, a pessoa necessita do grupo e da sua aceitação no mesmo.

A interação com os outros, o diálogo e a palavra, permite que a pessoa exponha a sua singularidade e a sua identidade perante os outros. “A palavra é entendida (...) como a manifestação e exteriorização de si para os outros, como um prolongamento do indivíduo e da sua identidade” (Pavão, 2013, p. 42). Quando a *palavra* é ignorada, quando não é possível a pessoa interagir com os demais, vê a receção da sua expressão limitada, dificultando a expressão do *self* (Pavão, 2013).

As tarefas de desempenho ocupacional possibilitam não só o bem-estar da pessoa idosa, mas também a sua integração no grupo de convívio. A variedade de atividades permite fornecer à pessoa idosa oportunidades de participação social, fomentando a coesão do grupo. É através das diversas atividades feitas em grupo, que é possível se alterar atitudes, pensamentos, sentimentos e ajudar a um equilíbrio emocional (Tamai, Covas & Teixeira, 2010).

O contacto com os outros, comunicar, encontrar novas oportunidades e atividades permite à pessoa melhorar as suas relações sociais. Fazer viver lembranças, focar nas recordações felizes por seu lado melhora a memória (Zimerman, 2000). O treino cognitivo é essencial para prevenir o declínio inerente ao envelhecimento e preservar algumas das capacidades da pessoa idosa, permitindo estimular a memória, gerir as emoções, incentivar a comunicação, controlar a solidão e aumentar a rede dos relacionamentos interpessoais (Medeiros, 2013a).

As dificuldades perceptivas e de atenção que surgem na idade avançada, assim como o declínio sensorial (audição e visão), têm um impacto na forma como a pessoa idosa vê e assimila o ambiente envolvente, diminuindo por sua vez a sua motivação para a aprendizagem e para a mudança (Zimerman, 2000). A estimulação sociocognitiva, além de diminuir o impacto destas limitações, também ajuda a resgatar a autoestima da

pessoa idosa (Zimerman, 2000; Tamai, Covas & Teixeira, 2010). Além disso, a pessoa, ao se aperceber que não é o único a passar por este tipo problema, torna-se mais aberta às oportunidades e partilha dos ganhos obtidos pelo treino cognitivo, assim como passa a desenvolver mecanismos e estratégias pessoais que diminuem a ansiedade (Tamai, Covas & Teixeira, 2010).

A maioria das pessoas idosas mantém certa preservação da memória imediata (sensorial), sendo a memória recente (curto prazo) a que é mais afetada no envelhecimento e a que está diretamente associada aos processos de aprendizagem (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). Na realidade, a pessoa idosa é capaz de memorizar a informação e de guardá-la, a dificuldade surge na sua recuperação, o que dificulta a organização de novas informações (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). Os problemas de memória, a dificuldade em realizar algumas tarefas, a lentidão para assimilar novos conceitos e aprendizagens são alterações comuns neste período do ciclo de vida. Contudo, é possível através da estimulação cognitiva melhorar o desempenho nestas tarefas, de modo a compensar o declínio (Ribeiro & Paúl, 2011).

O treino cognitivo procura desenvolver estratégias que capacitam os indivíduos de habilidades de recuperação e organização da informação. Cada pessoa já trás no seu repertório cognitivo recursos para lidar com estas dificuldades, e são estes recursos que a estimulação sociocognitiva tenta desenvolver, preservar e resgatar. Tal como afirma Medeiros (2013a), recorrer a programas universitários de promoção do desenvolvimento global e a centros de convívio ou de atividades são estratégias pessoais que estimulam a cognição, previnem a deterioração cognitiva, bem como promovem o bem-estar e a qualidade de vida, devolvendo um sentido para a vida da pessoa adulta em idade avançada.

Com a entrada na reforma a pessoa encontra-se perante duas novas mudanças na sua vida. Uma será o surgimento de tempo de lazer que outrora não tinha disponível e por outro traz uma rutura da rotina e ambiente profissional – e consequentes relações – que manter-se no estado profissionalmente ativo acarreta. Apesar da reforma trazer um momento de “descanso” renumerado pelo qual muitas pessoas esperam, por outro lado acarreta consequências negativas quando a pessoa não se encontra preparada para o tempo livre deste momento de “descanso”. O surgimento da categoria de reformado, a

inatividade e falta de elaboração de projetos e planos para o futuro pode levar que a pessoa se deixe ao isolamento e depressão, levando a um envelhecimento patológico.

As limitações e perdas que acompanham o envelhecimento acarretam consigo crenças, estereótipos e preconceitos, com custos na sociedade e nas instituições que a compõem, os quais são passíveis de dificultar ou fomentar um envelhecimento ativo.

O envelhecimento ativo (comunitário e individual) deverá ser, para a comunidade, para os políticos e para o psicólogo (nomeadamente o psicólogo comunitário), ou os demais profissionais de saúde, uma meta a alcançar para uma sociedade cada vez mais envelhecida. Do ponto de vista comunitário, o envelhecimento ativo é possível alcançar, se se tiver em conta as necessidades e as perceções da pessoa idosa, fomentando a sua saúde física e mental, a sua atividade e a sua participação social. Para este desiderato, as instituições que acolhem pessoas idosas, tais como Universidades de Terceira Idade, os programas universitários de Aprendizagem ao Longo da Vida para seniores e os Centros de Convívio/Centros de Dia, ou outras associações, desempenham um papel importante, como instituições que poderão ajudar a fomentar o envelhecimento ativo e o bem-estar global desta população.

Através da socialização, do treino cognitivo e das novas oportunidades relacionais (novas vinculações) que surgem nas instituições acima referidas, é possível tornar a pessoa idosa como agente ativo do seu processo de envelhecimento e contribuir para um envelhecimento saudável da sua comunidade.

Capítulo 3 – Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida

O envelhecimento acarreta muitas mudanças ao longo do ciclo vital, às quais a pessoa tem de se adaptar. Estas mudanças afetam o bem-estar da pessoa idosa e a sua satisfação com a vida. As alterações, as perdas e até os ganhos da idade avançada requerem uma mudança de vida e uma nova aprendizagem. Contudo, para se compreender a forma como estas mudanças afetam o bem-estar psicológico, é necessário primeiro compreender este conceito.

Ao longo da sua curta história, a Psicologia afirmou-se pelo estudo dos aspetos disfuncionais e patológicos, particularmente até aos finais dos anos sessenta do século XX. Havia uma ênfase nos aspetos que influenciavam negativamente a vida, sabendo-se pouco sobre os mecanismos do funcionamento positivo, sobre os fatores que influenciavam a qualidade de vida e a felicidade, os quais eram negligenciados (Ryff, 1989). Por volta dos anos 60 ocorreu um aumento no interesse pelos aspetos mais positivos do comportamento humano, nomeadamente pela temática do bem-estar. Os psicólogos sociais procuraram compreender os fatores que afetavam a forma como as pessoas avaliavam o seu bem-estar; ou seja, procuram compreender se o bem-estar dependia dos estados emocionais e temperamentais, ou se as avaliações estavam relacionadas com a frequência ou intensidade das suas emoções (Ryff, 1989).

A felicidade não é um tema novo na história da humanidade. Trata-se de uma temática que é abordada desde a Grécia antiga. Aristóteles, entre outros filósofos clássicos, debruçou-se sobre o conceito de felicidade. Encontra duas aceções para felicidade: uma *hedónica* (a felicidade como a obtenção do máximo de prazer, evitando a dor) e outra *eudaimónica* (a felicidade em termos de funcionamento profundo, no sentido da realização pessoal), aceções que vão ser retomadas na psicologia contemporânea (Bradburn, 1969; Ryan & Deci, 2001; Medeiros, 2013b; Pereira & Medeiros, 2014). Nesta perspetiva, a felicidade surge associada ao conceito do bem-estar, como resultado máximo.

Consoante as aceções acima indicadas (*hedónica* ou *eudaimónica*) surgem dois tipos de bem-estar, o conceito de *bem-estar subjetivo* (autoavaliativo e mais hedónico) e o conceito de *bem-estar psicológico* (uma experiência mais completa e profunda).

O conceito de bem-estar subjetivo surgiu nos anos 60, com os estudos de Diener (Novo, 2000) e consiste numa avaliação que a pessoa faz da sua vida, integrando uma parte cognitiva e avaliativa da satisfação com a vida, e o equilíbrio entre os afetos positivos e negativos (Ryff, 1989; Diener, 2000; Novo, 2000; Pereira, 2012). Diener (1984) definiu este conceito de bem-estar subjetivo com a tríade da satisfação com a

vida, afetos positivos e afetos negativos, em que os afetos positivos e negativos irão consistir então na avaliação da felicidade (Novo, 2000; Machado, 2010).

Guedea e colaboradores (2006) descrevem o bem-estar subjetivo, como um elemento do envelhecimento saudável e um indicador de saúde mental e de uma adaptação positiva. Para um envelhecimento bem-sucedido é necessário ter em conta que este envolve fatores individuais, sociais e ambientais, dependendo da apreciação individual que cada indivíduo tem do seu bem-estar – o bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Teixeira & Neri, 2008).

É necessário ter em conta que a felicidade não consiste no único indicador de um funcionamento psicológico positivo. No passado, os instrumentos que eram utilizados para investigar o bem-estar não tinham sido desenvolvidos originalmente para este propósito, mas sim para medir outras variáveis, acabando por ser utilizados para operacionalizar o funcionamento positivo. Devido a isto, por volta dos anos 80, surgiram diversas críticas ao conceito de bem-estar subjetivo (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1996; Ryff & Singer, 2006; Pereira, 2012).

Mais tarde, Ryff (1989) apresentou o conceito multidimensional de bem-estar psicológico e apresenta um modelo de bem-estar psicológico, em que o bem-estar é entendido como uma avaliação cognitiva da interação entre seis dimensões distintas do funcionamento positivo descritas a seguir.

3.1. A Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida é um elemento do bem-estar subjetivo, nomeadamente a componente cognitiva avaliativa deste conceito (Diener, 1984). A satisfação com a vida é definida como uma avaliação global refletida das suas experiências de vida geral e do seu contentamento do desenvolvimento da sua vida (Diener, 1984). Contudo, apesar da satisfação com a vida ser um importante conceito para a avaliação global da vida, esta não é capaz de, isolada, medir o bem-estar subjetivo (Albuquerque, Sousa, & Martins, 2010). A relação que existe entre a satisfação com a vida e os afetos requer a interação das duas componentes (avaliativa e afetiva) para a medição do bem-estar subjetivo.

A satisfação com a vida é utilizada frequentemente no estudo do envelhecimento de forma isolada, quando o objetivo não é medir o bem-estar subjetivo, mas sim a sua relação com outros componentes (Pereira, 2012). Deste modo, a satisfação com a vida

permite avaliar a satisfação que a pessoa idosa tem das suas experiências e vivências no seu ciclo de vida (Pereira, 2012; Albuquerque, Sousa, & Martins, 2010).

Ryff (1989) descobriu uma relação forte entre a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, sendo esta um maior preditor para o bem-estar psicológico do que os aspetos afetivos, daí a opção por medir e relacionar a satisfação com a vida com o bem-estar psicológico em muitas investigações (Pereira, 2012).

A satisfação com a vida é medida pela escala SWLS (Satisfaction With Life Scale, no português Escala da Satisfação com a Vida – ESV) construída por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985).

3.2. O Modelo do Bem-Estar Psicológico de Ryff

Nos anos 80 do século XX, Carol Ryff (1989) desenvolveu o Modelo do Bem-Estar Psicológico, a partir do conceito de bem-estar psicológico. Ryff (1989) fez uma revisão das características descritas no bem-estar e verificou que muitas destas características eram também formuladas para a descrição do funcionamento positivo. A autora afirma que o bem-estar psicológico integra as competências do *self* em relação com a satisfação e o afeto, tendo como objetivo último a procura da excelência pessoal, ou da autorrealização. Assim, no bem-estar psicológico existe uma relação entre as aspirações e realizações, os afetos positivo e negativo e a felicidade (Paúl, Fonseca, Martin, & Armado, 2005).

O Modelo do Bem-Estar Psicológico de Ryff integra seis dimensões: a aceitação pessoal, as relações positivas com os outros, o propósito de vida, o domínio do ambiente, a autonomia e o crescimento pessoal (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1996; Queroz & Neri, 2005; Machado, 2010). Explanaremos abaixo cada uma destas dimensões do constructo.

A ***Aceitação pessoal*** refere-se à capacidade do indivíduo aceitar o *self* na sua integridade. Deste modo, esta dimensão contempla a aceitação de si mesmo e do outro, e uma atitude positiva para com a sua identidade. Ryff (1989) afirma que esta dimensão é um dos critérios centrais para a saúde mental da pessoa, sendo uma característica da atualização pessoal, do funcionamento ótimo e da maturidade. Igualmente, numa perspetiva do ciclo da vida, espera-se que a aceitação pessoal decorra não apenas da aceitação pessoal do indivíduo, mas também das suas experiências de vida (Ryff, 1989).

A dimensão ***Relações positivas com os outros*** refere-se à qualidade das relações com os outros. As relações positivas consistem na capacidade de manter e fazer relacionamentos seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas, baseados na confiança e afetividade (Machado, 2010). Tal como já foi dito acima, o ser humano desenvolve-se socialmente com os outros; as relações e a participação social são fatores fundamentais ao longo do ciclo de vida e para um envelhecimento ativo (Ryff, 1989).

Outra dimensão do conceito de bem-estar psicológico é o **Propósito de vida**, ou sentido da vida. Nesta dimensão está inerente a crença de que associada à saúde mental se encontra o sentimento de propósito de vida. Esta dimensão refere-se ao sentido de direção pessoal, à perceção da existência de um propósito e objetivos na vida. Espera-se que no decorrer do ciclo de vida existam diferentes objetivos e “propósitos” na vida, e de acordo com as crenças, valores e necessidades autopercebidos ao longo da existência de uma pessoa (Ryff, 1989).

O ***Domínio do Ambiente*** encontra-se relacionado com a capacidade que o indivíduo tem de escolher, organizar, e desenvolver um espaço para satisfazer as suas necessidades pessoais e ser capaz de administrar as atividades complexas da vida; ser capaz de dominar o seu contexto e o ambiente que rodeia a pessoa, sentindo-se parte dele. Segundo a teoria do ciclo de vida será a adaptação pessoal às diferentes transições e eventos da vida, que requer a capacidade de manipular e alterar o ambiente de forma criativa para uma melhor adaptação (Ryff, 1989).

Quanto à componente de ***Autonomia*** refere-se à autodeterminação, à independência e à regulação do comportamento como características essenciais para a qualidade de vida. A autonomia é a capacidade da pessoa se manter ativo individualmente. A autonomia é uma dimensão que permite ao indivíduo se libertar de medos e convenções coletivas, permitindo-lhe um sentimento de liberdade e realização pessoal (Ryff, 1989); constitui-se como um determinante não só do bem-estar como de um envelhecimento saudável.

Outra componente do bem-estar psicológico no modelo de Ryff (1989) é o ***Crescimento Pessoal***. Esta dimensão consiste no sentimento de desenvolvimento contínuo, na capacidade de permanecer aberto a novas experiências e na procura da autorrealização (Machado 2010; Queros & Neri, 2005; Ryff & Singer, 2006). Associado ao *crescimento pessoal* vem a capacidade do indivíduo de alcançar e desenvolver o seu potencial pessoal e se expandir/desenvolver como pessoa. Assim, o

crescimento pessoal é um processo que se irá constantemente atualizar, de modo a confrontar e se adaptar às dificuldades dos diferentes períodos de vida (Ryff, 1989).

Formado pelas seis componentes acima indicadas, o bem-estar psicológico é determinado pela interação entre as oportunidades e as condições de vida bem como pela forma como o indivíduo organiza o seu conhecimento sobre si próprio e sobre os outros.

O modelo de Ryff é baseado na conceção de “maturidade, como virtude ou qualidade de procurar realizar o próprio potencial para a excelência pessoal” (Queroz & Neri, 2005, p. 297). A maturidade é, nas pessoas idosas e nos adultos, o cumprimento das normas próprias da idade, para a obtenção de uma qualidade de identidade, sendo um indicador de saúde mental na velhice (Neri, 2002).

O conceito de bem-estar psicológico é geralmente medido operacionalmente através Ryff's Psychological Well Being Scale, conhecida por RPWBS. A escala construída por Carol Ryff, em 1989, integra as seis dimensões ou subescalas, conforme as dimensões do modelo do bem-estar psicológico da mesma autora, a saber: a aceitação pessoal (AP), a autonomia (AU), as relações positivas com os outros (RP), o crescimento pessoal (CP), o domínio do ambiente (DA) e o sentido da vida (SV).

Nos diversos estudos que abordam o Modelo de Ryff, uma das populações privilegiadas nestes estudos tem sido a população idosa. Na verdade, o bem-estar psicológico entre adultos em idade avançada, além de ser um preditor da saúde mental, é também um importante preditor para o envelhecimento ativo e para a qualidade de vida (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2006; Pereira, 2012; Medeiros, 2013b).

3.3. O Bem-Estar Psicológico no Envelhecimento

O bem-estar na idade avançada deverá ser um objetivo a concretizar pela sociedade moderna. No entanto, tal como as crenças, perceções e autoavaliações de cada idoso desempenham um papel importante para o seu processo de envelhecimento, também terão impacto no seu bem-estar tanto psicológico como subjetivo. A promoção do bem-estar surge como uma das estratégias essenciais para a promoção da qualidade de vida no envelhecimento (Machado, 2010; Pereira, 2012).

Estudos têm encontrado uma forte relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida na população em idade avançada (e.g. Ryff, 1989; Pereira, 2012).

Também se tem verificado uma relação entre o bem-estar psicológico e a saúde real e autorreferida, com as variáveis sociais e de personalidade, com o domínio do ambiente, a vivência dos afetos, a estimulação cognitiva, a satisfação e a qualidade de vida na adultez em idade avançada (Machado, 2010; Pereira, 2012; Melo, 2014).

Têm sido identificados como fatores que promovem o bem-estar psicológico, a autonomia, a competência e as relações interpessoais, as expectativas de autoeficácia, os objetivos e o planeamento para o futuro, a satisfação pessoal com a saúde, os afetos, as relações sociais e a condição económica (Ramos, Paizão & Simões, 2011). Ryff (1989) refere, no entanto, que os *scores* da satisfação com a vida têm sido mais estáveis na medição do bem-estar, do que os aspetos afetivos.

Na idade avançada é de realçar, que a autoeficácia, os objetivos, a satisfação, a autonomia e as relações com os outros sofrem influência de fatores externos como, por exemplo, as dificuldades existentes no meio, e fatores biofisiológicos como o surgimento de doenças (Pereira, 2012).

No envelhecimento, e sobretudo em idade mais avançada, a investigação tem mostrado uma relação entre variáveis como o sexo, a idade, a saúde, o nível cultural, as amizades, os traços de personalidade, o apoio social e as crenças religiosas, como se encontrando intrinsecamente ligadas com o bem-estar psicológico (Pereira, 2012; Ryff & Singer, 2006; Medeiros, 2013b; Pereira & Medeiros, 2013). Deste modo, pessoas do sexo feminino, com idade muito avançada, com um nível baixo de saúde autopercibida, e/ou com baixo apoio social ou com baixa integração e participação social, encontram-se em posição de risco (Machado, 2010; Ryff & Singer, 2006; Pereira, 2012), ao contrário, características como a resiliência e a capacidade de adaptação do indivíduo às dificuldades do meio contribuem para o bem-estar psicológico. Porém, em face de diversas dificuldades e mudanças, a pessoa tem de gerir estes recursos e estratégias para lidar com as adversidades. Estas estratégias permitem resolver a situação e devolver ao indivíduo um estado de contentamento e de bem-estar psicológico (Machado, 2010; Pereira, 2012).

3.3.1. Investigações sobre Bem-Estar Psicológico em Pessoas Idosas

São poucas e recentes as investigações sobre bem-estar psicológico em adultos em idade avançada em Portugal, no entanto, vamo-nos concentrar sobre as que decorreram na Região autónoma dos Açores, por ser também a Região do país onde vamos operacionalizar o nosso estudo.

Nos Açores, destacam-se vários estudos sobre o bem-estar na população idosa nos últimos anos (Medeiros, 2013b; Pereira & Medeiros, 2014; Melo, 2014). Estes estudos tiveram o objetivo de medir os níveis de bem-estar psicológico da população idosa em diferentes contextos, tendo sido encontradas no geral relações entre o bem-estar psicológico e várias variáveis, tais como a qualidade de vida, satisfação com a vida, a idade, o estado civil, a espiritualidade, a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social, a satisfação com a saúde, o nível de atividade, atividades dos tempos livres (Pereira, 2012; Medeiros, 2013b; Pereira & Medeiros, 2014; Melo, 2014).

Medeiros e Ferreira (2011) procuraram avaliar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida de pessoas idosas não institucionalizadas nas ilhas de Santa Maria, São Miguel, Terceira e Flores. Nesta investigação participaram 320 pessoas com idade compreendidas entre os 60 e 96 anos e verificaram não existir diferenças significativas nos níveis de bem-estar psicológico quando comparados os resultados ao nível das variáveis: sexo, idade e estado civil. Contudo, os autores obtiveram resultados mais positivos em pessoas casadas, com atividade religiosa ativa, com frequência em programa sénior ou universidade sénior. Encontraram, igualmente, uma relação entre a satisfação dos indivíduos com o seu bem-estar (Medeiros & Ferreira, 2011).

Pereira (2012) desenvolveu um estudo com 36 pessoas com idades compreendidas entre os 66 e 95 anos das ilhas de Flores e Corvo – grupo Ocidental – e com grande concentração de pessoas idosas. A autora teve como objetivo medir os níveis de bem-estar psicológico na população idosa que frequentava os lares de longa permanência. Esta chegou à conclusão que existiam relações entre o bem-estar psicológico e as variáveis sociodemográficas (estado civil e idade), contextuais (tempo de permanência na instituição), a satisfação (com a vida, com a saúde e com a vida social), além de existir relação com características da personalidade (extroversão, autoestima e otimismo) (Pereira, 2012; Pereira & Medeiros, 2014).

Pereira (2012) foi capaz de comprovar também o papel da vivência religiosa, da satisfação com a vida, com o número de atividades de tempos livres, e com os resultados obtidos na subescala de sentido da vida (Pereira, 2012; Pereira & Medeiros, 2014).

Melo (2014) analisou o bem-estar de 70 pessoas com idades compreendidas entre 65 e os 93 anos de idades, residentes na ilha de S. Miguel (a ilha com maior concentração populacional), dos quais 35 participantes frequentavam lares de longa permanência e outros 35 participantes viviam nas suas residências. A autora observou que apesar do bem-estar psicológico não variar em relação ao sexo ou estado civil – ao contrário de Pereira –, identificou uma relação entre o bem-estar psicológico e a idade, a qualidade de vida e a frequência numa instituição.

A autora observou que as pessoas idosas mais jovens (65-74 anos) apresentavam menor bem-estar psicológico, assim como o grupo de idosos que não residia em lares de longa permanência para idosos. Verificou também a existência de diferenças de médias entre o crescimento pessoal e a satisfação com a saúde, a vida social e a satisfação com a vida, tendo verificado valores de bem-estar psicológico mais favoráveis para níveis de satisfação mais altos. A dimensão das relações positivas com os outros, apresentou uma relação estatisticamente significativa quer com a satisfação com a vida social, quer com o domínio do ambiente e o estado civil, a satisfação com a saúde e a satisfação com a vida, sendo que nas duas dimensões, a autora identificou casos mais favoráveis para os níveis mais altos de satisfação e para os indivíduos casados (Melo, 2014).

Os resultados obtidos nestes estudos vêm reforçar o princípio de procurar integrar as pessoas idosas numa rede de apoios e suportes socioafetivos, com vista à promoção do bem-estar psicológico, para uma maior saúde mental e um melhor envelhecimento da população.

Debruçando-nos apenas numa região particular de um país é lícito questionar será o bem-estar psicológico visto e operacionalizado do mesmo modo em todos os contextos culturais? Na verdade, é de notar que várias investigações transculturais têm demonstrado diferenças nos resultados. Vejamos, a título exemplificativo, o que se passa no mundo ocidental. Cheng e Chan (2005) adaptaram as escalas de bem-estar psicológico de Ryff para 1441 adultos de Hong Kong, com idades compreendidas entre 18 a 86 anos. Os autores verificaram o padrão já anteriormente visto, de que através da cultura os constructos e suas medidas podem não ser iguais (Cheng & Chan, 2005).

Os autores referiram como possível explicação o facto das subescalas na população chinesa não serem unidimensionais (Cheng & Chan, 2005), ou seja, a diferença encontra-se nos próprios itens de medida da escala, que sofrem efeito do impacto da cultura na definição e mensuração de constructos. É de salientar que na amostra, os autores obtiveram piores resultados ao nível da capacidade de lidar com novas decisões e com desacordos com os outros, e melhores resultados ao nível da avaliação do *self* e dos outros, assim como a confiança nas suas próprias opiniões (Cheng & Chan, 2005). Ao nível da autonomia, Cheng e Chan (2005) observaram melhores valores na população masculina, resultado possível do papel social do homem na cultura chinesa. Estes autores acreditam que na população masculina chinesa, os homens são encorajados a ter confiança nas suas opiniões e decisões. Ainda observaram consistência interna inferior na autoaceitação, na autonomia e no crescimento pessoal, mais um sinal do impacto da cultura na mensuração de conceitos (Cheng & Chan, 2005).

Tendo em conta os seus resultados, Cheng e Chan (2005), chegaram à conclusão que as seis dimensões presentes na escala de bem-estar psicológico são somente uma constatação de traços positivos, tornando os seus itens mais de foro teórico do que empírico.

Em síntese, promover o bem-estar psicológico é essencial para um envelhecimento ativo, devendo ser uma meta comunitária e pessoal. O bem-estar psicológico é um bom preditor do envelhecimento ativo, assim como, um preditor de saúde mental na idade avançada.

O Modelo de Ryff procura operacionalizar o conceito multidimensional de bem-estar psicológico, de modo a melhor compreender as suas dimensões (autonomia, domínio do ambiente, aceitação pessoal, relações positivas com os outros, propósito de vida e crescimento pessoal), assim como compreender os fatores que o condicionam. Estes fatores relacionam-se tanto ao nível individual como social, caracterizando-se por variáveis do funcionamento da pessoa e do meio envolvente.

Vários estudos identificados neste capítulo dão conta de variáveis relacionadas com o bem-estar psicológico na adultez em idade avançada, tais como variáveis sociodemográficas (o sexo, a idade e o estado civil), aspetos da personalidade

(autoestima, extroversão e otimismo), aspetos relacionais (a qualidade do convívio e as vinculações), bem como a capacidade funcional e a independência, a autoeficácia, as crenças, o sentimento de “missão cumprida”, a espiritualidade, a autoatualização e o desejo de aprender. Dos diferentes estudos que existem, particularizámos sobretudo os realizados nos Açores. Pontuámos, ainda, um estudo realizado na sociedade oriental para mostrar que os resultados não são independentes do contexto cultural e da construção social, bem como o sentido de pertença a uma comunidade.

Torna-se importante estudar todos os aspetos passíveis de influenciar a forma como a pessoa idosa vê o seu envelhecimento e até a idade que sente ter – *a idade subjetiva* –, para melhor compreender o bem-estar psicológico na idade avançada e promover estratégias consonantes com as características das pessoas e dos grupos, quer seja na otimização de uma postura individual de envelhecimento ativo, quer nas famílias e nas instituições de longa permanência, que acolhem pessoas adultas em idade avançada.

Parte II
Estudo Empírico

Capítulo 4 - Metodologia de Investigação

Elaborada fundamentação teórica da nossa investigação que integrou os 3 capítulos anteriores, vamos dar início à segunda parte da dissertação, que se foca no estudo empírico propriamente dito. Esta parte é composta por 3 capítulos e termina com as conclusões.

Neste capítulo sobre a metodologia começamos por contextualizar a nossa investigação, seguida pela descrição das questões de investigação, dos objetivos, hipóteses, a população e amostra do nosso estudo, os instrumentos e os procedimentos da investigação.

4.1. Contexto e Problemática

Nos capítulos anteriores, verificámos que as instituições que acolhem pessoas idosas, nomeadamente os centros de convívio, são instituições cujo objetivo principal é a promoção do bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa. Contudo, muitas vezes, devido a vários fatores (organizacionais, défice ou limitação do financiamento do estado, falta de recursos humanos, sobrelotação ou a falta de formação especializada, população diversa e heterogénea), as instituições não são capazes de fornecer os serviços e as oportunidades para atingir os objetivos que se comprometem atingir a todas as pessoas idosas. Existem, ainda, fatores de natureza individual, como a baixa colaboração e participação dos utentes nas atividades propostas, concentração de pessoas com demências e com diversos problemas ligados às funções cognitivas e instrumentais e com reduzida autonomia e motivação para a aprendizagem e para o envolvimento no seu processo de envelhecimento ativo. A pessoa idosa é (ou deve ser) um agente dinâmico no seu envelhecimento, no entanto, muitas vezes não deseja tomar iniciativa na promoção do seu bem-estar.

A natureza dos centros de convívio, como espaços que já por si requerem certa iniciativa e autonomia da parte da pessoa idosa para frequentá-los, faz destas instituições uma das mais importantes para a promoção do envelhecimento ativo na comunidade.

No Centros de Convívio, existe o requisito da autonomia dos seus utentes. Todavia, apesar de ser uma das dimensões do bem-estar psicológico, a autonomia não é a única. Torna-se importante focar então nos demais fatores do bem-estar psicológico

além da autonomia. Deverá ser nestes fatores, que a intervenção terá de incidir (Squire, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011; Pereira, 2012; Medeiros, 2013b).

Nesta perspetiva, decidimos focar a nossa investigação ao nível do papel dos centros de convívio no bem-estar psicológico e satisfação com a vida. Apesar de nos últimos anos existirem na Região Autónoma dos Açores algumas investigações acerca do bem-estar na população idosa, como os estudos de Medeiros e Ferreira (2011), Pereira (2012), Pereira & Medeiros (2014) e Melo (2014), nenhuma aborda especificamente o contexto do Centros de Convívio. Deste modo, é relevante estudar o papel destas instituições no bem-estar e na qualidade de vida, de modo a possibilitar uma melhoria nos serviços fornecidos pelas mesmas e, desta forma, contribuírem para a promoção da saúde comunitária.

O Centros de Convívio é um espaço, normalmente afeto a uma instituição matricial, tal como: autarquias, Instituições Particular de Solidariedade Social (IPSS), Centro Paroquial e Casa do Povo.

Os centros de convívio surgem como resposta à população idosa, que ainda detêm alguma independência e que não necessita, ou não deseja, recorrer a um lar de longa permanência e procuram oferecer solução à necessidade de companhia, no combate à solidão e ao isolamento. Nestes espaços são desenvolvidas, no período da tarde, atividades sociorrecreativas e culturais com o intuito de fomentar as relações interpessoais na população idosa

Optámos por limitar a nossa investigação a Região Autónoma dos Açores, à ilha de S. Miguel e ao concelho de Ponta Delgada.

Segundo a Carta Social do Município de Ponta Delgada, surgem como respostas sociais dirigidas à população idosa um total de 22 centros de convívio, os quais funcionam durante a semana e no período de tarde e procuram fornecer serviços à população com mais de 50 anos. Destes centros de convívio, 6 são geridos por Casas de Povo, 4 pela sua respetiva Junta de Freguesia, 4 pela Câmara Municipal de Ponta Delgada, 4 por Centros Paroquiais e Sociais e 4 por instituições particulares. Todas as instituições têm como objetivo promover o convívio.

Optámos por aplicar a nossa investigação em três destas instituições. Para salvaguardar a confidencialidade das instituições, vamos designá-las aleatoriamente por letras, designadamente A, B e C:

- a) O Centros de Convívio “A” consiste numa instituição pública localizada em zona rural. Este centro funciona três dias por semana, fornecendo atividades de

- convívio no período de tarde. O Centros de Convívio “A” tem de momento 25 pessoas a frequentar o seu espaço. Não tendo animador(a) social ou psicólogo(a) a tempo inteiro, as atividades estão ao critério dos próprios utentes, consistindo estas em atividades de convívio (o próprio diálogo), costura e jogos de mesa;
- b) O Centros de Convívio “B” consiste numa instituição privada localizada em zona urbana, histórica e religiosa da cidade de Ponta Delgada. Este Centros de Convívio é frequentado por 25 pessoas adultas e em idade avançada. Esta instituição funciona cinco dias por semana, fornecendo atividades aos seus utentes. Ao contrário das outras duas instituições, esta instituição conta com o serviço de um psicólogo(a) a tempo inteiro. São assim desenvolvidas uma variada gama de atividades, tais como: jogos de mesa; jogos de estimulação sociocognitiva; atividades de leitura; trabalhos manuais; coro; oração, entre outras.
- c) O Centros de Convívio “C” consiste numa instituição publicada gerida pela câmara Municipal de Ponta Delgada. Este está localizado em zona urbana e industrial de Ponta Delgada, fornecendo os seus serviços, à semelhança com a instituição “A” apenas três dias por semana. Este tem 22 utentes. A instituição não tem um psicólogo(a) nem um animador(a) social a tempo inteiro, pelo que as atividades estão ao critério dos utentes, consistindo estas em atividades de convívio (diálogo), jogos de mesa e costura.

4.2. Design da Investigação

A nossa investigação compreende um estudo de carácter misto, pela utilização de instrumentos com questões abertas e fechadas (por exemplo escalas). Consequentemente a investigação em causa apresenta natureza descritiva, correlacional e transversal. Segundo o modelo descritivo, tivemos o objetivo de descrever um fenómeno – o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida – num contexto dos centros de convívio. Uma vez quantificado o fenómeno pode-se então avançar para um descrição das diferenças entre os fenómenos e as relações com outras variáveis (Almeida & Freire, 2000); procurou-se, ainda, averiguar as características de um determinado grupo inserido num contexto específico. Por outro lado, a metodologia correlacional

permite a compreensão e a predição de um ou vários fenómenos, ao procurar averiguar e descrever as relações entre estes (Almeida & Freire, 2000).

O nosso estudo, apesar de misto, tem maior incidência no método quantitativo, visto que este permite de forma mensurável avaliar fenómenos e influência que certas variáveis, como as variáveis sociodemográficas e contextuais têm sobre o fenómeno (Almeida & Freire, 2000). Contudo, o método quantitativo também apresenta limitações como “pode dar origem a posições reducionistas ou mecanicistas do funcionamento e desenvolvimento psicológico (...)” (Almeida & Freire, 2000, p. 27). Assim, decidimos complementar esta análise quantitativa com a análise qualitativa (aquando da análise mais detalhada ao conteúdo das questões), dando assim o carácter misto à nossa investigação. Assim, é possível colocar hipóteses mais complexas, compreender e complementar os resultados obtidos ao nível quantitativo, através da triangulação dos resultados obtidos (Morais & Neves, 2007).

Segundo Machado (2010) a sociedade e o grupo de pares, no qual a pessoa idosa se insere, desempenham um papel importante para o seu bem-estar psicológico, satisfação com a vida e qualidade da vida. Assim, o objetivo geral passou por, numa amostra de pessoas idosas que frequentam centros de convívio, compreender as várias componentes do bem-estar psicológico e a satisfação com a vida nas pessoas idosas e a sua relação com a frequência no Centros de Convívio.

4.3. Objetivos e Questões de Investigação

Tendo em conta a revisão de literatura feita, o nosso principal objetivo é verificar qual o bem-estar psicológico e satisfação com a vida de adultos e idosos, no contexto específico do Centros de Convívio e saber quais os motivos de procura desta resposta comunitária. Os objetivos específicos consistiram em:

- a) Caracterizar a população idosa que frequenta centros de convívio no concelho de Ponta Delgada;
- b) Descobrir os motivos que influenciam a frequência no Centros de Convívio;
- c) Analisar o papel das variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, e reforma) nas dimensões do bem-estar psicológico e na satisfação com a vida dos utentes dos centros de convívio;

d) Verificar a relação entre o tempo de frequência e a satisfação com o Centros de Convívio com as dimensões do bem-estar psicológico estudadas e a satisfação com a vida;

e) Cotejar a relação entre bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Os objetivos referidos são resultados das questões de investigação por nós elaboradas que surgiram da revisão de literatura:

a) Qual o perfil das pessoas adultas e idosas que frequentam centros de convívio no concelho de Ponta Delgada da ilha de S. Miguel?

b) Quais os motivos de frequência e de permanência nos centros de convívio?

c) Nos utentes que frequentam os centros de convívio, haverá alguma relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e reforma) e as dimensões do bem-estar psicológico?

d) Nos utentes referidos haverá alguma relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e reforma) e a satisfação com a vida?

f) Será que o tempo de frequência e a satisfação com a instituição/Centros de Convívio tem influência no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida dos seus utentes?

4.4. Hipóteses de Investigação

Assim, decorrente dos objetivos que queremos alcançar e das questões de investigação formulámos cinco hipóteses cuja veracidade procuramos averiguar. As nossas hipóteses consistem em:

- **Hipótese 1:** As dimensões do bem-estar psicológico estudadas (propósito de vida, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, domínio do ambiente e aceitação pessoal) diferem de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e reforma);
- **Hipótese 2:** A satisfação com a vida varia de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e reforma);
- **Hipótese 3:** Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e o tempo de frequência no Centros de Convívio e a satisfação com o Centros de Convívio;

- **Hipótese 4:** A satisfação com a vida relaciona-se com o tempo de frequência no Centros de Convívio e a satisfação com o Centros de Convívio;
- **Hipótese 5:** Existe relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, nos utentes que frequentam os centros de convívio.

4.5. População e Amostra

De um total de 72 pessoas, com idades compreendidas entre os 50 e os 95 anos, que frequentavam os três centros de convívio selecionados (A, B e C), em 2014, seleccionámos uma amostra aleatória.

Optámos por envolver no estudo pessoas com menos de 65 anos, apesar destes ainda não serem considerados idosos, visto que os três centros que seleccionámos aceitam utentes a partir dos 50 anos. Achámos que, tendo em conta o papel das perceções de envelhecimento e a noção da idade subjetiva, assim como o papel da reforma, seria relevante verificar porque razões, pessoas não idosas, também recorrem a centros de convívio e se este tem alguma influência no seu bem-estar e qualidade de vida.

4.5.1. Caracterização da Amostra

A nossa amostra é composta pelos participantes sem défice cognitivo e que anuíram à investigação voluntariamente nos 3 centros de convívio em, num total de 30 participantes detentores de autonomia e independência pessoal. Inicialmente obtivemos 33 participantes voluntários, contudo, três desistiram devido à extensão dos instrumentos, pelo que somente 30 são os nossos participantes.

Tendo em conta a dimensão das subamostras, não será possível tirar-se conclusões significativas ao nível das diferenças entre as três instituições, por isso vamos tomar a amostra na sua totalidade.

a) Caracterização segundo a instituição

As instituições em estudo caracterizam-se por instituições com um funcionamento muito diferente entre si. As instituições “A” e “C” caracterizam-se por

centros de convívio que fornecem serviços aos adultos em idade avançada apenas três vezes por semana, enquanto a instituição “B” procura desenvolver atividades todos os dias úteis. É de realçar que a instituição “A” fornece serviços duas vezes por semana a um grupo dos seus utentes e uma vez por semana a outro grupo.

Participaram voluntariamente utentes das três instituições mas de forma desigual, sendo que a maioria dos participantes pertenciam à instituição “C”, com 43,3% da amostra (13 pessoas), seguido pela instituição “B”, com 30% (9 pessoas), e a instituição “A” foi a que esteve menos representada na amostra com apenas 26,7% (8 pessoas).

b) Caracterização segundo o sexo

Em todos os centros verificámos uma maior incidência de mulheres, sendo os homens uma minoria entre os seus utentes. A nossa amostra foi assim composta por 26 mulheres (86,7%) e 4 homens (13,3%).

c) Caracterização segundo a idade

Em termos de idade, a amostra apresentou idades compreendidas entre os 52 anos (1 pessoa) e os 94 anos (1 pessoa), com uma média de aproximadamente 73 anos ($M = 72,6$) e um desvio padrão de 10,32. As idades mais comuns entre os participantes foram 69 e 80 anos a idade, sendo que ambas idades tinham 4 pessoas respetivamente. 50 % da população apresentavam idades até aos 71 anos de idade.

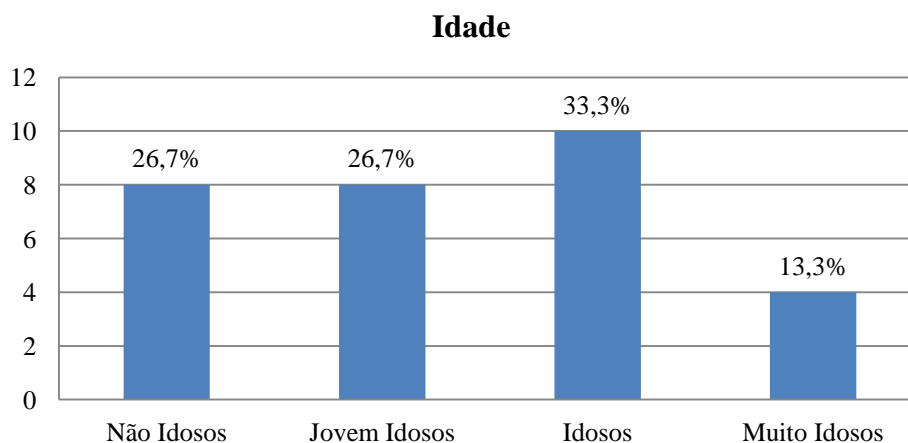


Gráfico 1 – Distribuição etária da amostra

Tendo em conta a categorização etária (Pinto et al., 2001; Melo, 2014), dividimos os participantes por faixas etárias em *não idosos* (até 64 anos de idade), *jovens idosos* (de 65 a 74 anos de idade), *idosos* (de 75 a 84 anos de idade) e *muito idosos* (mais de 85 anos de idade).

Observa-se no gráfico 1 que existe igual número de pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos de idade e pessoas não idosas. A maioria dos participantes (33,3%) encontra-se localizada na faixa etária entre os 75 e os 84 anos de idade, ou seja, no grupo dos idosos e muito idosos.

d) Caracterização segundo o estado civil, local de residência e coabitação

Em relação ao estado civil, 16,7% da amostra são solteiros (5 pessoas), 16,7% casados (5 pessoas) e 66,7% viúvos (20 pessoas).

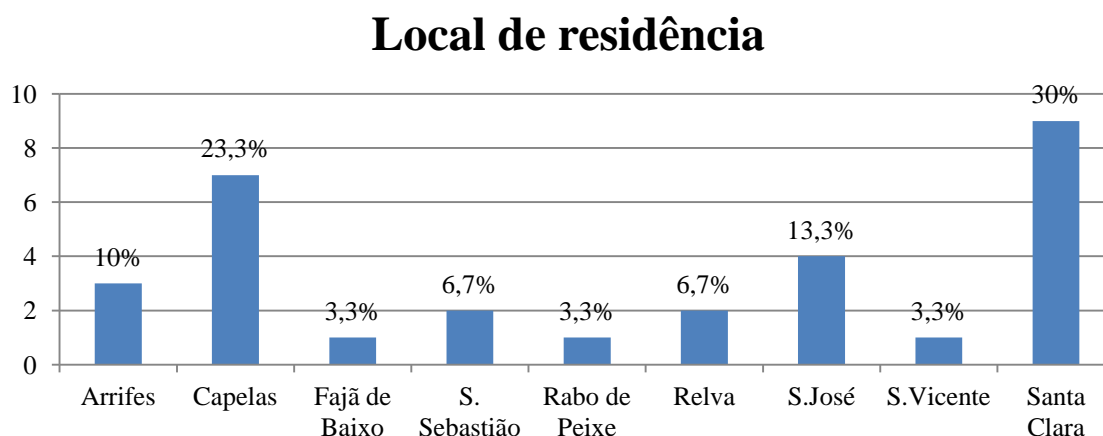


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por residência

No gráfico 2 pode-se observar a distribuição da amostra segundo o seu local de residência. Pode-se observar que a maioria dos inquiridos na realidade habita em freguesias e zonas em redor de Ponta Delgada (73,3%), sendo que em Ponta Delgada somente habita 26,7% da amostra recolhida (8 pessoas). Nas zonas rurais (Arrifes, Capelas, São Vicente) habitam 36,7% dos inquiridos (11 pessoas), enquanto na zona urbana (Ponta Delgada e periferia – Fajã de Baixo, S. Sebastião, Relva, S. José e Santa Clara) habitam 60% da amostra (18 pessoas). Contudo, todos os inquiridos habitam no concelho de Ponta Delgada, com a exceção de um utente que pertence ao concelho da

Ribeira Grande, sendo que frequenta um Centros de Convívio em Ponta Delgada por questões de proximidade à família (emprego do filho). A zona onde residem mais pessoas da nossa amostra consiste na freguesia de Santa Clara – zona urbana (9 pessoas), seguida por Capelas – zona rural (7 pessoas).

Observou-se que a maioria da amostra (53,3% da amostra) coabita com algum familiar. Assim 3,3% vive com o conjugue, 13,3% vive com o conjugue e filhos, 33,3% pessoas vivem sómente com os filhos e 3,3% pessoa vive com outro familiar. Os restantes 46,7% vivem sozinhos.

e) Tempo de reforma

Ao nível da reforma, 60% da amostra encontra-se reformada (18 participantes) enquanto 40% (12 participantes) não se encontram reformados. Destes, 3 pessoas são dependentes de outrem e 9 pessoas recebem pensão de viuvez. Verifica-se que 27,8% dos reformados encontram-se reformados até aos 5 anos, anos na reforma, 16,65% encontram-se reformados entre os 6 e os 10 anos, 38,9% encontram-se reformados entre os 11 e os 15 anos, e 16,65% encontram-se reformados há mais de 16 anos.

Quanto à satisfação com a reforma, observou-se que na fase de passagem à reforma, a maioria dos utentes se apresentava muito satisfeito (38,9%), sendo que apenas 16,7% não ficaram satisfeitas em passarem à reforma. No primeiro ano de reforma, a quantidade de pessoas que se sentia muito satisfeita com a mesma diminuí para 5,6% da amostra, sendo que a maioria (44,4%) se sentia mais ou menos satisfeito. Nos últimos seis meses, a satisfação com a reforma varia entre “mais ou menos satisfeito” e “relativamente satisfeito” (6 pessoas cada), seguido por “muito satisfeito” com 5 pessoas (27,8%). Apenas 1 pessoa afirmou sentir-se pouco satisfeita com a sua reforma (5,6% da amostra).

4.6. Instrumentos

No nosso estudo, utilizou-se um questionário composto por vários instrumentos para a “Investigação sobre o Bem-Estar e Qualidade de Vida nos Açores” que está afeto à equipa de investigação coordenada pela professora doutora Teresa Medeiros. Esta

bateria inclui diversas escalas já existentes e validadas, algumas das quais adaptadas para o intuito desta investigação, baseado no modelo de Ryff do Bem-estar Psicológico.

O questionário apresenta três versões diferentes, uma versão para pessoas idosas institucionalizadas, uma versão para pessoas idosas não institucionalizadas e uma outra versão a aplicar a idosos utentes de centros de dia ou de centros de convívio. A versão por nós utilizada consistiu na versão dos centros de convívio (Anexo 1).

Contendo 51 questões, o questionário pode ser aplicado em formato de entrevista ou por autopreenchimento. Nos casos em que a pessoa ou participante apresentava incapacidade de leitura, aplicámos o questionário em formato entrevista. O questionário contém 11 partes, sendo estas: Dados Biográficos; Centro de Dia/Centros de Convívio; Envelhecimento Subjetivo; Satisfação com a vida; Qualidade de vida; Bem-Estar Psicológico; Autoestima; Atividades de Vida Diária; Saúde; Vinculações e Relações Interpessoais; e Vivência Religiosa.

Contudo, para a nossa investigação, apenas aplicámos algumas destas partes, nomeadamente os dados biográficos, centro de dia/Centros de Convívio, satisfação com a vida e bem-estar psicológico (cf. Anexo 1).

Optou-se pela aplicação de questionários uma vez que o uso de um questionário permite uma intervenção explícita, ao formular questões definidas e direcionadas para um objetivo: descrição; predição; avaliação; produção de hipóteses ou verificação de hipóteses (Ketele, 1983, *in* Alfere, 1997). O uso de um questionário é capaz de recolher informação de amplitude larga, tanto no tempo como no espaço, isto é, consegue obter informação relativa a eventos do passado ou do presente (Alfere, 1997).

Abaixo descrevemos em profundidade as partes utilizadas na análise e respetivas escalas.

4.6.1. Questionário de Caracterização

Este questionário compreende dois agrupamentos de questões: um 1º dedicado às características sociodemográficas e outro centrado no enquadramento do Centros de Convívio. No 1º grupo incluíram-se 12 questões: sexo, data de nascimento (idade), estado civil, número de filhos e netos, residência, com quem vive, e habilitações literárias, profissão anterior, situação de reforma, o grau de satisfação com a sua reforma etc.

O 2º agrupamento de questões refere-se à Frequência no Centro de Dia/Centros de Convívio com 11 questões de caracterização, do tipo: “Quantas vezes por semana frequenta o Centros de Convívio?”, “Quais os principais motivos que o levam a frequentar o Centro?”, “Qual o centro que frequenta?”, “Há quanto tempo?”, “Quantas horas em média permanece no centro de cada vez que frequenta?”, “Para si é importante frequentar o centro de dia? Porquê?”, “Que atividades realiza habitualmente?”, “Das atividades que faz, quais as que mais gosta?”, “O que é que menos gosta no Centro?” e “Se pudesse mudava alguma coisa no Centro? Porquê?”. “O(A) senhor(a) sente-se idoso(a)? Porquê?”

O caráter misto do questionário em apreço com questões abertas e questões fechadas permite ainda recolher informação para a mensuração de fenómenos e teste de hipóteses, permitindo a complementaridade com a análise qualitativa.

4.6.2. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Para medir a satisfação com a vida utilizou-se a Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction Life Scale – SWLS).

A escala SWLS foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, com o objetivo de avaliar o grau de satisfação da pessoa com as condições de vida, as suas escolhas e o que conseguiu. A escala é tipo *likert*, com 7 posições gradativas, que vão desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

A escala foi originalmente validada tendo sido obtido um valor de consistência interna, através do coeficiente *Alfa de Cronbach*, de 0,87. A escala tem uma pontuação mínima de satisfação com a vida de 5, e pontuação máxima de 35, cujo valor mais alto indica maior satisfação com a vida (Laranjeira, 2009). É uma escala de fácil aplicação, rápida e simples (Pereira, 2012). Desde a sua construção a escala já foi utilizada com estudantes, adultos em idade avançada e médicos (Albuquerque, Sousa & Martins, 2010).

A versão adaptada para a população portuguesa tem 5 pontos, desde 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Esta foi aplicada a 100 estudantes e profissionais da Escola de Ciências da Saúde Jean Piaget (Viseu) e 30 pacientes da Clínica Médica dos Serviços de Unidade Hospitalar de Coimbra para teste de consistência interna entre os

itens. O valor de *alfa* final foi de 0.89 (valor alto de consistência interna) (Laranjeira, 2009).

A Escala de Satisfação com a Vida tem-se mostrado importante para a investigação no envelhecimento, visto que, não só permite medir o grau de contentamento com o estado atual da vida, como também é um elemento de identificação da componente avaliativa do bem-estar subjetivo.

Analizamos também a categoria satisfação com a vida em quatro itens (saúde, situação económica, vida social, vida afetiva), sob a forma de escala de *Likert* com cinco opções de resposta (“Nada satisfeito”, “Pouco satisfeito”, “Indiferente”, “Relativamente satisfeito” e “Muito satisfeito”).

4.6.3. Escalas do Bem-Estar Psicológico (EBEP) de Ryff

A versão original da escala de bem-estar psicológico foi desenvolvida por Ryff em 1989, conhecida por RPWBS – *Ryff's Psychological Well Being Scale*. Esta é composta por seis dimensões (conforme a definição multidimensional do constructo de bem-estar psicológico, descrito na 1ª parte desta dissertação), sendo que as suas subescalas correspondem às seis dimensões do constructo, a saber: aceitação pessoal (AP), autonomia (AU), relações positivas com os outros (RP), crescimento pessoal (CP), domínio do ambiente (DA) e sentido da vida (SV). Cada uma é composta por 20 itens, com igual número de itens negativos e positivos, perfazendo num total de 120 itens. Trata-se de escalas de tipo *likert*, com 6 pontos, desde “completamente em desacordo” a “completamente de acordo”.

A autora validou as escalas numa amostra de 321 indivíduos pertencentes aos grupos etários de adultos e adultos em idade avançada. Estes indivíduos caracterizavam-se por serem pessoas com um nível de educação médio-alto, economicamente estáveis e com saúde física. Com a aplicação a esta amostra, a autora foi capaz de analisar as escalas e a viabilidade dos seus itens. Nesta versão final da escala, Ryff (1989) verificou uma consistência interna alta (valores de *alfa* entre 0.83 e 0.93), no pré-teste e no pós-teste (0.81 e 0.88).

Existem no total três versões das escalas do Bem-estar Psicológica de Ryff, a versão original de 120 itens e duas versões reduzidas. Estas foram reduzidas para facilitar a recolha e mensuração de dados. Uma versão foi proposta por Ryff e Essex

(1991) com 84 itens dos 120 iniciais, sendo que cada uma das seis subescalas inclui somente 14 itens. Os itens que foram incluídos nesta versão reduzida procuraram abranger a definição teórica de cada uma das escalas, tendo em conta os coeficientes das subescalas e os níveis das correlações entre itens. Esta versão veio apresentar valores de consistência altos adequados (coeficientes de alfa das escalas entre 0,86 e 0,93) e estabilidade temporal (valores de alfa em pré e pós-teste de 0,81 e 0,88) (Ryff & Essex, 1991).

A última versão reduzida somente incluía 18 itens, com três itens por escala. A seleção dos itens foi feita tendo em conta os itens que pudessem melhor representar todos os itens de cada subescala. No seu teste, esta nova versão apresentou uma consistência interna, com valores de alfa entre 0,70 e 0,89. Esta é a versão mais indicada a utilizar em estudos empíricos que abarquem amostras de grandes dimensões (Ryff & Singer, 1996).

As escalas do bem-estar psicológico de Ryff (EBEP) encontram-se validadas para a população portuguesa sendo utilizadas nos estudos sobre o bem-estar. Foram validadas em 1995 e 1996 pela equipa do professor Simões da Faculdade de Psicologia de Coimbra (Ferreira & Simões, 1999), numa população de 353 adultos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos de idade. Os autores observaram valores de alfa altos para a totalidade da escala (valores de alfa de 0,94). Quanto ao nível de cada uma das escalas que compõem a Escala do Bem-Estar Psicológico (EBEP), os autores obtiveram coeficientes alfas variando entre 0,64 a 0,88 (0,69 na CP; 0,80 na PV; 0,88 na AP; 0,84 na RP; 0,83 na AU; e 0,78 na DA) (*Ibidem*, 1999).

Ao nível das correlações item/total da escala, na escala “crescimento pessoal” (CP), o coeficiente de correlação dos itens varia entre 0,03 e 0,51, com apenas o item 9 não apresentando uma correlação significativa com a escala do CP (Ferreira & Simões, 1999). Na escala “propósito de vida” (PV) (ou sentido de vida), os itens apresentaram correlações com significância estatística, com valores de teste variando entre 0,21 e 0,7, com exceção do item 19 (*Ibidem*, 1999). Na escala da “aceitação pessoal” (AP), os autores observaram relações estatisticamente significativas entre os itens e a escala, com valores de teste variando entre 0,36 e 0,69 (*ibidem*, 1999). Na escala “relações positivas com os outros” (RP), observou-se correlações significativas entre os itens e a escala, com valores de correlação variando entre 0,18 e 0,67 (*ibidem*, 1999). Na escala da “autonomia” (AU), mais uma vez se observou relações estatisticamente significativas

com todos os itens, com relações variando entre 0,23 e 0,59. Por último na escala “domínio do ambiente” também se observou correlações com significância estatística em todos os itens e a escala, com valores a variarem entre 0,25 e 0,61 (*Ibidem*, 1999).

Tomámos como referência neste estudo, a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP), na sua versão reduzida desenvolvida por Ryff e Essex em 1991, e composta por 84 itens – 14 itens por escala (Ryff & Essex, 1996). Esta já foi utilizada já para a população açoriana adulta em idade avançada por Pereira (2012). Cada dimensão pode somar um máximo de 84 valores, e um mínimo de 12 valores. O somatório das dimensões será o índice de bem-estar psicológico. Quanto maior este valor, melhor o estado psicológico do indivíduo ao nível da referida dimensão (Pereira, 2012).

Os autores observaram valores altos de consistência interna com um *alfa* total da escala de 0.94. As diferentes escalas que compõem as EBEP também, individualmente apresentam valores de *alfa* considerados adequados, entre 0.64 e 0.88 (Ferreira & Simões, 1999).

Optou-se por utilizar apenas 5 das 6 dimensões da escala, ou seja, não se utilizou a escala da autonomia, dado que esse era um critério à partida de seleção da amostra, tendo em conta que as pessoas que frequentam um Centros de Convívio deverão apresentar certo grau de autonomia. Também foram retirados alguns itens da dimensão “domínio do ambiente”. No total a nova versão utilizada no nosso estudo é composta por 56 itens, a saber: 12 itens na escala de “aceitação pessoal” (itens: 9, 14, 16, 17, 18, 26, 29, 33, 41, 46, 47, 51), 12 itens na escala “relações positivas com os outros” (itens: 1, 4, 10, 12, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 54, 55), 12 itens na escala de “crescimento pessoal” (itens: 11, 15, 19, 22, 24, 25, 30, 37, 44, 45, 50, 56), 12 itens na subescala de “propósito de vida” (itens: 2, 3, 6, 7, 13, 20, 23, 27, 28, 36, 52, 53) e 8 itens na subescala de “domínio do ambiente” (itens: 5, 8, 21, 31, 32, 34, 48, 49). A nova escala perfaz um total de 336 pontos, com um mínimo de 56 e foi também utilizada por Melo (2014), num estudo anterior.

4.7. Procedimentos

Uma vez feita a recolha da fundamentação teórica e dos instrumentos a utilizar neste estudo, o nosso primeiro passo consistiu em selecionar os centros de convívio a abranger. Optámos por centros de convívio, tendo em conta a baixa incidência de estudos neste contexto de ação. Inicialmente pretendíamos abordar apenas dois centros

de convívio, sendo do nosso interesse abranger instituições localizadas tanto em ambiente urbano (centro e arredores de Ponta Delgada) como em região rural, todavia, tendo em conta a reduzida amostra e baixa colaboração por parte dos utentes de ambos centros, optámos por incluir um terceiro Centros de Convívio na nossa investigação.

Tendo sido seleccionados os três centros, entrou-se em contacto com os coordenadores responsáveis pelas três instituições, duas das quais consistiram em instituições públicas e a terceira uma instituição particular de solidariedade social (IPSS). O primeiro contacto foi feito por telefonema, a fim de solicitar a sua colaboração. Depois enviámos dois pedidos de autorização (cf. Anexo 2) para as entidades coordenadoras das instituições “A” e “B”. Para a entidade coordenadora da instituição “C” não foi necessário enviar pedido de autorização escrito, tendo sido concedida autorização mesmo através de telefonema.

Posteriormente, visitámos as instituições para organizar os horários e data de passagem dos instrumentos. No dia de aplicação dos instrumentos foi explicado aos participantes em que consistia a investigação e qual o propósito dos questionários. Procurámos sensibilizar os utentes para a importância da investigação e da sua colaboração, assim como para que dessem as respostas o mais completas possível e com o máximo de sinceridade. Obtivemos os consentimentos livres e esclarecidos, por parte de 33 utentes das 3 instituições seleccionadas.

As três instituições foram visitadas no período da tarde de acordo com os horários e disponibilidades. A aplicação dos instrumentos iniciou-se no mês de junho tendo terminado nos finais do mês de julho de 2014. É de realçar que das três instituições sómente uma recebeu-nos todos os dias da semana. Os instrumentos foram de auto preenchimento, contudo aplicámos alguns em formato entrevista para os casos em que os participantes se referiram incapazes de ler o questionário.

Os contactos e nomes dos participantes foram recolhidos à parte de modo a, caso necessário, podermos entrar em contacto com os mesmos para esclarecer dúvidas, mas foi garantida a confidencialidade dos participantes. Os questionários aplicados em formato entrevista demoraram em média 1 hora e 30 minutos. Os utentes mais velhos demoraram mais tempo a responder às questões e tiveram maior dificuldade a compreender o que era pedido, o mesmo se verificou com utentes com baixo nível de escolaridade.

4.7.1. Procedimentos de Análise quantitativa

A análise dos dados foi dividida em duas partes, uma parte direcionada para o tratamento dos dados quantitativos e uma segunda parte dirigida para os elementos qualitativos dos instrumentos. As respostas aos instrumentos foram codificadas e sistematizadas no programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 21 para *Windows*.

De modo a averiguar as dimensões do bem-estar psicológico e da satisfação da vida, optámos por efetuar uma análise quantitativa dos resultados.

Um dos primeiros passos do nosso estudo passou por verificar a consistência interna e fiabilidade dos instrumentos por nós utilizados (objeto do ponto a seguir).

Procedeu-se à estatística descritiva para a descrição dos dois principais fenómenos em estudo – o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Utilizou-se a média, o desvio-padrão, mínimo e máximo e quartis para melhor descrever a distribuição dos fenómenos na amostra. Para estas variáveis utilizámos a análise de correlação entre variáveis e o teste para diferenças entre as médias.

Testámos a normalidade da amostra para a escolha prévia dos testes a seleccionar. Iniciou-se por verificar se são preenchidos os requisitos para a aplicação dos testes paramétricos, nomeadamente os testes de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância. Quando a amostra apresenta distribuição normal (para testes correlacionais e de comparação entre grupos) e/ou homogeneidade da variância (para comparação entre grupos) deve-se optar por estatística paramétrica, mas se tal não se verificar, tem de se recorrer à sua alternativa não paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005).

Tendo em conta que a nossa amostra apresenta dimensões reduzidas, o teste mais indicado para verificar a normalidade da amostra consiste no teste Shapiro-Wilk, que permite verificar se amostras com $N < 50$ apresentam uma distribuição normal (Marôco, 2010). Quando p em teste Shapiro-Wilk apresenta valor de superior a 0.05, aceita-se que as amostras testadas seguem uma distribuição normal, caso contrário ($p < 0.05$) então rejeita-se a normalidade da amostra, pelo que se deve recorrer a estatística não paramétrica tanto para os testes correlacionais como de comparação entre grupos (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2010). No Anexo 5 é possível observar os testes de normalidade das variáveis por nós estudadas.

Tendo-se observado a normalidade das variáveis, e pretendendo-se testar as diferenças entre grupos, torna-se necessário então verificar o segundo pressuposto –

homogeneidade da variância – de modo a averiguar-se se é possível aplicar o teste ANOVA ou o Teste T para comparação entre as médias. O teste de Levene procura identificar se existe igualdade de variância de uma variável nos grupos estudados (Pestana & Gageiro, 2005). O teste é fornecido no próprio momento de teste da ANOVA em SPSS. Quando no teste de Levene o valor do teste é superior a 5% ($p > 0.05$) aceita-se então a igualdade de variância, podendo então se recorrer ao teste ANOVA para comparação entre grupos. Caso contrário deve-se recorrer à sua alternativa não paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005).

Para o teste de hipóteses, de acordo com o cumprimento dos pressupostos de normalidade da distribuição e a homogeneidade da variância, assim como as próprias características das variáveis utilizadas, utilizou-se os testes:

- a) Para comparação entre grupos: o teste ANOVA e Teste *T* de *Student* para as variáveis com distribuição normal e igualdade de variância; o teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney para variáveis sem distribuição normal;
- b) Para identificação de correlações: o teste *r* de *Pearson* para variáveis com distribuição normal; o teste Ró de Spearman para variáveis sem distribuição normal.

Para verificar a existência de diferenças numa variável entre dois grupos diferentes (exemplo: Sexo; Sentir-se Idoso) utilizou-se o Teste *T* de *Student* para amostras independentes. O teste *T* de *Student* tem como pressupostos a normalidade da distribuição das amostras e a homogeneidade (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2010). O teste T de Student procura verificar a veracidade das hipóteses:

- H_0 : Não existem diferenças entre as amostras;
- H_1 : Existem diferenças entre as amostras.

Quando o teste apresenta um valor de p inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se que as diferenças entre as médias dos dois grupos são estatisticamente significativas (Pestana & Gageiro, 2005). O teste ANOVA apresenta os mesmos pressupostos que o teste *T* de *Student* para amostras independentes. Contudo o teste ANOVA permite verificar a existência de diferenças para 3 ou mais grupos. A ANOVA (*One-way* ANOVA em SPSS) é uma extensão do teste T de Student, que procura analisar o efeito de um fator independente numa variável dependente, analisando se as médias da variável dependente (Pestana & Gageiro, 2005). Na semelhança do teste T, aceita-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para $p < 0,05$.

Quando as diferenças são significativas, para verificar a tendência das variáveis deve-se proceder a um teste de comparações múltiplas. Utilizamos o teste Scheffe que permite identificar os contrastes das diferenças entre as amostras para a variável em teste, permitindo ver qual a direção das diferenças (Pestana & Gageiro, 2005).

O teste Mann-Whitney consiste na alternativa não-paramétrica ao teste *T* de *Student* para amostras independentes, aplicável quando o grupo não segue uma distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2005). Na semelhança do teste *T* de *Student*, no teste Mann-Whitney, aceita-se a existência de diferenças significativas entre dois grupos quando o teste apresenta uma significância inferior a 5% ($p < 0,05$). Por sua vez, quando lidando com comparações entre 3 ou mais grupos, para uma variável que não segue distribuição normal, o teste Kruskal-Wallis, é então o mais indicado. Consistindo na alternativa não paramétrico para o teste ANOVA, o teste Kruskal-Wallis caracteriza-se por uma extensão do teste Mann-Whitney (Pestana & Gageiro, 2005). Este teste procura verificar a igualdade das medianas entre grupos. Na semelhança do teste Mann-Whitney, o teste Kruskal-Wallis rejeita a igualdade entre grupos, quando $p < 0,05$ (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2010).

Para medir uma associação entre duas ou mais variáveis, utiliza-se o *Ró* de Spearman e o *r* de Pearson. Ambos os testes são indicados para variáveis ordinais e variáveis quantitativas (variáveis dicotômicas é mais indicado a comparação entre médias ou o teste do Qui-Quadrado) (Marôco, 2010). O teste de *r* de Pearson é o teste mais fiável para identificação de relações entre variáveis. Para aplicação do *r* de Pearson, requer-se dois pressupostos para a amostra em teste: (i) distribuição normal da amostra; (ii) relação linear entre as duas variáveis (Pestana & Gageiro, 2010).

O *r* de Pearson varia entre 1 e -1, em cuja direccionalidade negativa implica uma relação inversa entre variáveis. Observa-se associação estatisticamente significativa, quando o teste de significância apresenta $p < \alpha$, para $\alpha = 0,05$ (normal grau de significância) ou $\alpha = 0,01$ (com maior grau de significância) (Pestana & Gageiro, 2005). Quando o valor do teste (*r*) apresenta valor entre 0,2 e 0,3, considera-se a intensidade da relação como sendo fraca, entre 0,4 e 0,69 a intensidade é moderada, 0,7 e 0,89 a intensidade da relação é forte e entre 0,9 e 1 é uma relação de muito forte intensidade, sendo 1 uma relação perfeita (Pestana & Gageiro, 2005).

O teste *Ró* de Spearman consiste na alternativa ao teste *r* de Pearson quando as variáveis em estudo não apresentam distribuição normal. Em semelhança ao *r* de Pearson, o *Ró* de Spearman mede a intensidade de uma relação e a sua respetiva

direção, este aplica-se duas variáveis ordinais, uma variável ordinal e uma quantitativa ou então, entre duas variáveis quantitativas que não apresentam uma distribuição normal. O R de Spearman varia entre -1 e 1, em que quanto mais perto se encontra o valor de teste de 1 ou -1, maior será a intensidade da relação. Ao analisar-se a sua significância, é possível observar que quando $p < \alpha$ ($\alpha = 0.05$) verifica-se que a associação é estatisticamente significativa, sendo esta de maior força estatística para um grau de significância inferior a 1%.

4.7.1.1. Estudos de consistência interna da Escala de bem-estar psicológico

Aplicou-se o teste *Alfa* de Cronbach para testar a consistência interna dos itens da Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP), na versão já descrita. O *alfa* de Cronbach é um dos testes mais utilizados para determinar a consistência interna, ao permitir medir a correlação entre os itens que compõem e que procuram medir o mesmo fenómeno (Pestana & Gageiro, 2005). Segundo os autores o *alfa* de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo que quanto maior o valor de *alfa* mais viável será os itens da escala. Contudo, não é aconselhável utilizar itens cujo *alfa* seja 1, visto que este poderá apontar para uma redundância da escala (Pestana e Gageiro, 2005). A consistência interna da escala então categoriza-se para valores de *alfa* entre 0,6 e 0,7 como fraca fiabilidade, 0,7 e 0,8 razoável, 0,8 e 0,9 boa fiabilidade e superior a 0,9 como muito boa fiabilidade da escala. Quando *alfa* inferior a 0,6 aconselha-se que seja feito um reajustamento dos itens da escala (Pestana & Gageiro, 2005).

Testámos a consistência interna da versão por nós utilizada, de modo a verificar a viabilidade da mesma. Retirando os itens da dimensão autonomia, a escala total da EBEP apresentou um *Alfa* de Cronbach de 0.92, apresentando assim uma muito boa fiabilidade da escala para medição do bem-estar psicológico, para aferição da consistência interna das dimensões e dos resultados obtidos (cf. Tabela 17, do Anexo 5).

Ao nível das subescalas individualmente, observou-se valores de consistência interna entre 0.37 e 0.80 ($\alpha = 0.81$ para AP, $\alpha = 0.77$ para RP, $\alpha = 0.79$ para CP, $\alpha = 0.70$ para PV e $\alpha = 0.37$ para DA). Consideramos que o nível de consistência interna foi razoável para aplicação da escala do bem-estar psicológico. Excluímos, no entanto, a dimensão domínio do ambiente (DA) para análise isolada da escala, devido a muito baixa consistência interna obtida em *Alfa* de Cronbach. Chamamos a atenção para a EBEP total (modificada) medir as cinco dimensões do bem-estar psicológico nesta

versão (aceitação pessoal, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, propósito de vida e domínio do ambiente), contudo, tendo em conta o baixo *alfa* da subescala domínio do ambiente, optámos por não realizar a análise isolada da escala domínio do ambiente (DA).

Tendo averiguado a consistência interna dos itens, procedemos então à análise quantitativa dos resultados obtidos.

4.7.2. Procedimentos de Análise qualitativa

Tendo em conta o carácter misto da nossa investigação, foi também utilizada metodologia qualitativa para análise das questões abertas do questionário. Para análise qualitativa dos itens de resposta aberta, optámos por desenvolver uma tabela de análise de conteúdo proposto por Bardin (2008). Para a construção da tabela de análise de conteúdo foi necessário uma análise profunda do questionário e das suas questões abertas.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise qualitativa que permite a classificação do material ao decompô-lo por dimensões mais manejáveis e passíveis de interpretação, permitindo tirar conclusões a partir destes elementos (Lima, 2013). Procura assim, de modo objetivo e sistemático, analisar e descrever o conteúdo das narrativas, de modo a inferir informações relativas de modo a organizá-las de forma categórica (Bardin, 2008). Como qualquer outro método de investigação, com a análise de conteúdo pretende-se produzir resultados válidos com procedimentos fiáveis (Lima, 2013). Para a análise de conteúdo são seleccionados os constructos mais relevantes para a construção das categorias utilizadas para a análise das narrativas (Bardin, 2008).

Para a construção da nossa tabela de análise de conteúdo tivemos como constructo principal o envelhecimento e as instituições de acolhimento para a idade avançada - Centros de Convívio/Dia do questionário aplicado. Estes constructos foram especificados para as suas categorias de análise, de acordo com a bibliografia anteriormente recolhida e os nossos objetivos de estudo (cf. Tabela 1). Com a categoria contextual “centros de convívio”, procurámos responder à questão de investigação “Quais os motivos de frequência e de permanência nos centros de convívio?”.

Tabela 1 – Matriz de análise de conteúdo

Dimensões	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Instituições para pessoas idosas	Centros de Convívio	Razões de frequência	Solidão
			Convívio/socialização
			Aprendizagem
			Participação cívica
			Passeios
			Incentivo de outrem
			Razões médicas
			Incentivo pessoal
		Razões de permanência	Importância
			Satisfação
			Satisfação com os serviços

Após ter sido construída a tabela foram transcritas as respostas às questões de abertas. Toda e qualquer informação capaz de se enquadrar nas categorias, indicadores e unidades de registo identificadas, foram colocadas na tabela e posteriormente comparadas entre os diferentes participantes. A cada categoria de resposta atribuímos um código para referência de respostas.

4.7.3. Princípios e Considerações éticas

Acautelámos uma série de procedimentos éticos, de modo a garantir a confidencialidade dos participantes. A cada participante foi entregue um Consentimento Livre e Esclarecido (cf. Anexo 3), no qual explicámos a natureza da investigação, assim como esclarecemos o direito dos participantes de a qualquer momento desistirem de colaborar na investigação.

Foi garantido o seu anonimato, bem como, a omissão de qualquer informação que os pudesse identificar, assim como a instituição que frequentam. Também garantimos omitir qualquer contacto pessoal, ou dado, que pudesse identificar o seu local de residência.

Os instrumentos foram aplicados no próprio local de convívio, em privado (numa sala disponibilizada para esse fim) e em condições que garantissem a privacidade e diminuíssem os níveis de distratibilidade dos participantes.

A cada participante assim como às instituições foi atribuída uma sigla, de modo a garantir o anonimato.

Descrevemos o *design* investigativo do nosso estudo propriamente dito sobre o bem-estar psicológico e satisfação com a vida no contexto dos centros de convívio para adultos e idosos, explicitando as questões de investigação, os objetivos e as hipóteses. Identificou-se a amostra, os instrumentos (Questionário de Caracterização, as Escalas de Bem-estar Psicológico (EBEP) e de Satisfação com a Vida (SWLS), os procedimentos e os testes estatísticos mais adequados aos nossos propósitos. Detalhámos as nossas opções metodológicas (abordagens quantitativas e qualitativas) no processo investigativo e identificámos, igualmente, as nossas preocupações éticas. Também optámos, devido aos valores baixos de consistência, não analisar a escala do domínio do ambiente isolada, apesar de esta ser utilizada para a cotação do bem-estar psicológico total.

No próximo capítulo, iremos fazer a apresentação e discussão dos resultados, procurando testar a veracidade das hipóteses formuladas no início deste capítulo. Depois será feita a análise qualitativa dos resultados – análise categórica das respostas –, procurando com estas completar as questões de investigação.

Capítulo 5 – Análise e Discussão dos Resultados

Organizamos a apresentação dos resultados segundo as hipóteses e as questões de investigação desenvolvidas. Iniciamos por apresentar os dados quantitativos, seguido pela análise qualitativa dos mesmos. Ao longo da análise procedemos à discussão, cruzando os resultados obtidos com os de investigações anteriores.

5. 1. Teste de Hipóteses

Começando pela análise quantitativa, neste ponto procurámos testar a veracidade das cinco hipóteses de investigação formuladas. Esperamos vir a confirmar as nossas hipóteses de investigação para as variáveis em estudo. Temos como variáveis dependentes de investigação o bem-estar psicológico, medido através da EBEP, e a satisfação com a vida, medido através da escala SWLS. As variáveis independentes são as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e reforma); variáveis de frequência no Centros de Convívio (frequência diária, frequência semanal e tempo de permanência) e variáveis de satisfação com o Centros de Convívio.

5.1.1. Bem-estar Psicológico e as Variáveis Sociodemográficas

Procurando testar à nossa primeira hipótese de investigação **H1**: “*As dimensões do bem-estar psicológico estudadas diferem de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, e reforma)*”, analisamos os resultados obtidos relacionando os *scores* do bem-estar psicológico (EBEP) e suas dimensões estudadas (aceitação pessoal, relações positivas com os outros, crescimento pessoal e propósito de vida) com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo, a idade, o estado civil e a reforma.

Apresentamos inicialmente a descrição estatística das dimensões do bem-estar psicológico estudadas na nossa investigação (cf. Tabela 2).

Verificou-se que ao nível do bem-estar psicológico (EBEP) e suas dimensões, reportaram-se a médias acima do valor médio da escala total e suas subescalas. Tendo identificado 227 como valor médio da escala modificada EBEP, observa-se que a média da escala encontra-se acima do valor médio, sendo que o mínimo (145) existe apenas um pouco abaixo do valor médio. Contudo não se observa grande variação dos

resultados, sendo que o máximo obtido na amostra é de 295 valores, valor abaixo do máximo possível a obter na escala – 336⁶.

Tabela 2 – Descrição estatística das dimensões do bem-estar psicológico investigadas

Dimensões	Média	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
EBEP Total	227.4	197	145	295	36.82
Aceitação pessoal (AP)	53.63	45	35	72	10,64
Relações positivas com os Outros (RP)	51.07	58	33	67	9,8
Crescimento Pessoal (CP)	52.23	49	25	72	10,61
Propósito de vida (PV)	48.47	50	25	66	9,48

* Várias modas, apresenta-se o valor menor.

Ao nível das subescalas da EBEP, a aceitação pessoal (AP) apresentou uma média de 53,63, sendo a dimensão com a média mais elevada, seguida pela dimensão crescimento pessoal (CP) com uma média de 52,23, relações positivas com os outros (RP) com média de 51,07, e o propósito de vida (PV) apresentou a média mais baixa com 48,47. Observou-se que as médias se encontraram acima do ponto médio das subescalas AP, CP, RP e PV (42 valores). Nas dimensões observou-se uma variação de valores entre os 25 e os 72, sendo as dimensões crescimento pessoal (CP) e propósito de vida (PV) as que apresentaram valores mínimos mais baixos (25 valores ambas) e a aceitação pessoal (AP) e as relações positivas com os outros (RP) valores mínimos mais altos (35 e 33 respetivamente). Através destes dados é possível observar médias mais próximas do ponto médio das subescalas ao nível do propósito de vida (PV) e relações positivas com os outros (RP). Isto aponta para um bem-estar psicológico geral próximo do nível médio.

Os resultados ao nível das dimensões de relações positivas com os outros e propósito de vida são conducentes com a revisão de literatura. Tamai, Covas e Teixeira (2010), referem que a principal motivação da pessoa idosa para procurar um Centros de Convívio centra-se na busca de companhia e convívio. A dimensão de relações positivas

⁶ Resultado obtido do máximo possível na escala EBEP: Assumindo um total de 56 itens na escala, cotados em escala de *likert* de 1 a 6. Pontuando a resposta máxima a cada item perfaz um total de 336 valores na escala total.

com os outros, relaciona-se intimamente com a qualidade das relações e vinculações que a pessoa estabelece com os outros (Pereira, 2012; Ryff, 1989). Quando existem dificuldades de socialização, ou baixa interação com os outros, os níveis de bem-estar psicológico irão estar associados à dimensão de relações positivas com os outros (RP). A procura do Centros de Convívio, como local para fomentar a socialização, é uma resposta ao declínio das relações presente no envelhecimento (Duarte, 2010), o que vai de acordo com os resultados referentes às médias mais baixas a nível da dimensão RP.

Quanto ao propósito de vida, os resultados mais baixos poderão estar associados a dificuldades de adaptação e baixa motivação que muitas vezes afeta estas faixas etárias. Zimerman (2000) refere que a população idosa apresenta tipicamente dificuldades de adaptação e baixa motivação para a ação, o que pode condicionar o propósito de vida. A dimensão do propósito de vida também se relaciona com as perspetivas para o futuro, os planos e objetivos e a satisfação com a vida. Squire (2005) refere que muitos adultos em idade avançada se entregam à inatividade, servindo-se da sua idade como uma desculpa para deixar de criar planos para o futuro. Observamos na nossa análise de conteúdo que alguns participantes se haviam entregado ao conformismo, com expressões do tipo: “ (...) é ir sofrendo” (E1).

O conformismo e a baixa motivação, os papéis sociais e as crenças inerentes a este período, podem limitar os resultados em relação ao propósito de vida (Ryff, 1989; Zimerman, 2000).

Vamos agora analisar cada variável sociodemográfica considerada na sua relação com o bem-estar psicológico e com a satisfação com a vida.

a) Sexo

Tendo em conta o carácter dicotómico da variável sexo, optou-se por proceder a uma comparação de médias, de modo a ver se existem diferenças entre as médias no bem-estar psicológico. O teste indicado para a comparação de médias de uma variável dicotómica é o teste T de *Student* para amostras independentes.

É possível observar que o sexo feminino apresenta médias superiores para o bem-estar psicológico total (EBEP), bem como nos níveis das dimensões relações positivas com os outros (RP) e propósito de vida (PV), enquanto o sexo masculino obteve médias mais altas nas restantes dimensões (aceitação pessoal e crescimento pessoal) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação de médias para as subescalas de BEP de acordo com o Sexo

Sexo	EBEP Total (modificada)	Aceitação pessoal (AP)	Relações Positivas (RP)	Crescimento pessoal (CP)	Propósito de Vida (PV)
Masculino	216,75	54,00	40,5	54,25	47,25
Feminino	229,08	53,54	52,69	53,07	48,65

Legenda: EBEP – Bem-estar psicológico

Na Tabela 23 (cf. Anexo 5) é possível confirmar o pressuposto de normalidade da distribuição em teste Shapiro-Wilk para as variáveis estudadas. Assim sendo, verificam-se os pressupostos para a aplicação do teste T de *Student* (cf. Tabela 35, Anexo 5).

Tabela 4 - Teste T para EBEP e suas dimensões, de acordo com o sexo

		Teste T de Igualdade entre Médias	
		<i>T</i>	<i>p</i>
Aceitação Pessoal	Igualdade de Variância	,122	,904
	Sem Igualdade de Variância assumida	,096	,929
Relações positivas com os outros	Igualdade de Variância	-2,520	,018
	Sem Igualdade de Variância assumida	-2,176	,102
Crescimento Pessoal	Igualdade de Variância	,202	,841
	Sem Igualdade de Variância assumida	,490	,628
Propósito de Vida	Igualdade de Variância	-,271	,788
	Sem Igualdade de Variância assumida	-,306	,774
EBEP Total	Igualdade de Variância	-,617	,542
	Sem Igualdade de Variância assumida	-,687	,527

Legenda: EBEP – Bem-estar psicológico

Na tabela 4, observa-se a ausência de diferenças significativas para todas as variáveis com a exceção da variável “relações positivas com os outros”. Nesta observa-se a existência de diferenças entre os sexos estatisticamente significativas ($p = 0.018$).

Na comparação entre as médias, observa-se que a tendência aponta para os homens terem médias mais baixas nas relações positivas com outros, tal como os resultados de Medeiros e Ferreira (2011). Uma possível explicação para este resultado poderá ser o papel do homem na sociedade. Se formos observar, nos centros onde

efetuámos a nossa investigação, as pessoas de sexo masculino são uma minoria, pelo que poderá condicionar os resultados e pensar, na linha de Zimerman (2000), que os homens tenham menos tendência a interagir com os indivíduos do sexo feminino com receio do modo como a sociedade poderá ver estas interações.

Os resultados obtidos em relação ao sexo não vão de acordo com os resultados de Pereira (2012). A autora no seu estudo em lares de longa permanência para pessoas idosas, não encontrou diferenças significativas no bem-estar psicológico entre os sexos, enquanto nós encontramos diferenças ao nível da variável relações positivas com os outros, mas não nas demais.

Melo (2014) também analisou as diferenças das médias ao nível do bem-estar psicológico entre sexos, e os resultados dela foram mais próximos dos nossos. A autora observou médias mais altas de bem-estar psicológico nas pessoas do sexo feminino, e mais baixas no sexo masculino, apesar de estas também não terem sido estatisticamente significativas (Melo, 2014). Apesar da autora não fazer análise individual das dimensões do bem-estar psicológico, estas médias do bem-estar psicológico são passíveis de deduzir médias mais baixas do sexo masculino ao nível de algumas das dimensões estudadas, o que se observou no nosso estudo.

c) Idade

Para a análise das dimensões do bem-estar de acordo com a idade, primeiro procedeu-se à recodificação da variável idade numa variável ordinal de acordo com as faixas etárias. Assim, dividimos a idade em faixas etárias, segundo a classificação já apresentada na componente da fundamentação conceptual: a) *adulto de meia-idade/ não idosos* (menos de 65 anos); b) *jovens idosos* (65 a 74 anos); c) *idosos* (75 a 84 anos); d) *muito idosos* (85 anos ou mais).

Na análise da tabela 5, observa-se que as médias mais altas se encontram na faixa etária dos *muito idosos*, seguidos pelos *jovens idosos*, sendo que o grupo de pessoas *não idosos*, os que apresentaram médias mais baixas na escala do bem-estar psicológico (modificada) e nas dimensões do bem-estar psicológico estudadas. A média mais alta encontra-se na dimensão da aceitação pessoal, com 60,5 valores de média, no grupo dos *muito idosos*, e a mais baixa no grupo dos *não idosos* na variável propósito de vida.

Tabela 5 – Comparação de médias para as variáveis AP, RP, CP e PV de acordo com a

idade						
Faixa Etária		Aceitação pessoal (AP)	Relações Positivas (RP)	Crescimento pessoal (CP)	Propósito de Vida (PV)	EBEP total
Não idosos	Média	49	48,38	51,25	45,25	216,63
	DP	13,02	11,35	16,85	12,35	53,75
Jovens idosos	Média	51,5	52,38	55,63	50	229,88
	DP	7,39	5,95	7,52	5,58	20,43
Idosos	Média	56,3	51	51,5	48,1	226,8
	DP	9,37	12,12	6,54	9,99	32,37
Muito idosos	Média	60,5	54	56,75	52,75	245,75
	DP	12,40	8,37	10,72	9,03	38,82

Legenda: DP = Desvio Padrão; AP – Aceitação Pessoal; RP – Relações Positivas com os outros; CP – Crescimento Pessoal; PV – Propósito de Vida; EBEP – Bem-Estar Psicológico.

Conforme a tabela 24 (Anexo 5) observa-se a normalidade da distribuição das amostras, confirmando-se assim o primeiro pressuposto para o teste ANOVA de comparação entre médias. Contudo não se verifica a homogeneidade da variância para a dimensão crescimento pessoal e para a escala total de bem-estar psicológico ($p = 0,043$ e $p = 0,016$ respetivamente), pelo que para estas variáveis será indicado aplicar o teste Kruskal-Wallis.

Tabela 6 – Teste de comparação entre diferenças para as variáveis AP, RP, CP e PV de acordo com a idade

		Valor Teste	Sig.
Teste ANOVA	Aceitação pessoal (AP)	1,438	,254
	Relações Positivas com os outros (RP)	,343	,794
	Propósito de Vida (PV)	,629	,603
Teste Kruskal-Wallis	Crescimento Pessoal (CP)	1,394	,707
	EBEP Total	1,530	,675

Legenda: AP – Aceitação Pessoal; RP – Relações Positivas com os outros; CP – Crescimento Pessoal; PV – Propósito de Vida; EBEP – Bem-Estar Psicológico.

Com o teste ANOVA observa-se que não existe diferenças significativas ao nível da faixa etária para as variáveis aceitação pessoal, relações positivas com os outros e propósito de vida (cf. Tabela 6). O mesmo se observa no teste Kruskal-Wallis, sendo que nem o bem-estar psicológico nem a dimensão crescimento pessoal apresentam

diferenças significativas. Contudo, observa-se médias mais baixas nos não idosos ou adultos de meia-idade.

Uma possível explicação associa-se a esta faixa etária ser composta por participantes com idades entre os 50 e os 65 anos. Segundo Pinto e colaboradores (2001), os primeiros sinais de envelhecimento surgem por volta dos 40 anos. Este período torna-se assim, um período de adaptação às alterações da imagem corporal, declínio dos sentidos e alterações nos papéis outrora realizados bem como, muitas vezes, à própria entrada na pré-reforma (cf. Medeiros, 2013b), isto poderá estar na origem desta diferença. O mesmo se pode dizer ao nível da faixa etária de 75 a 84 anos, período em que o declínio começa a se acentuar (Kieling, Gonçalves & Chaves, 2006).

Springer e Hauser (2011) verificaram no seu estudo, que os valores nas subescalas crescimento pessoal e propósito de vida diminuem com a idade. Pereira também, em 2012, encontrou diferenças estatisticamente significativas na dimensão aceitação pessoal e a idade, contudo, não encontrou a mesma significância nas restantes dimensões quando comparadas com as mesmas faixas etárias por nós utilizadas (exceção do grupo de “não idosos”).

Pereira (2012) observou médias mais altas nas dimensões do bem-estar no grupo de *idosos* (75-84 anos), enquanto as médias mais baixas alternavam para o grupo de *jovem idosos* (65-74 anos) para as dimensões aceitação pessoal (AP), autonomia (AU) e relações positivas com os outros (RP) e para o grupo *muito idosos* nas dimensões crescimento pessoal (CP), domínio do ambiente (DA) e propósito de vida (PV).

Melo em 2014, no seu estudo sobre o bem-estar e a qualidade de vida na idade avançada também analisou o bem-estar psicológico ao nível das faixas etárias e observou diferenças significativas entre as faixas etárias. A autora observou que o grupo com idade mais avançada (80 a 93 anos) apresentava menor bem-estar psicológico.

Foi interessante verificar que o grupo *muito idoso* apresenta as médias mais altas do grupo. Uma possível explicação está no facto que a pessoa idosa já procedeu a uma adaptação inicial às alterações tanto físicas como de papéis sociais – adaptação esta feita nas faixas etária anterior (Pinto et al., 2001). As alterações e o declínio que se acentua nos períodos de transição (65 anos) requerem que a pessoa mobilize recursos psicológicos e físicos para lidar com as novas mudanças, esta mobilização não só requer energia e vitalidade (Keong, 2010; Pereira, 2012), como também requer que a pessoa seja capaz de se acomodar às mudanças e se adaptar às mesmas (Teixeira & Neri,

2008). Quando a acomodação não é feita corretamente, a pessoa é deixada debilitada, afetando o seu bem-estar.

c) Estado Civil

Para verificar se o bem-estar psicológico apresentava diferenças significativas entre os diferentes estados civis, optou-se então por aplicar o teste ANOVA para 3 ou mais grupos. Verificou-se em teste Shapiro-Wilk o pressuposto de normalidade para as variáveis bem-estar psicológico (EBEP), relações positivas com os outros (RP) e crescimento pessoal (CP) (cf. Tabela 25 do Anexo 5). Para as variáveis bem-estar psicológico (EBEP), relações positivas (RP) com os outros e crescimento pessoal (CP) cumpriu-se o pressuposto da homogeneidade de variância.

Todavia, as variáveis aceitação pessoal (AP) e propósito de vida (PV) não seguem distribuição normal para o grupo “viúvo”, pelo que para estas variáveis será utilizado o teste Kruskal-Wallis.

Tabela 7 – Comparação médias para as dimensões da EBEP de acordo com o Estado Civil

Estado Civil		EBEP	AP	RP	CP	PV
Solteiro	Média	186,6	48	43,8	38,8	35,2
	DP	29,17	9,77	7,22	9,18	8,14
Casado	Média	232,4	54	48	57,2	53,2
	DP	44,75	12,63	14,10	8,47	8,93
Viúvo	Média	236,4	54,95	53,45	55,85	50,6
	DP	30,63	10,45	8,53	8,55	7,029

Legenda: EBEP – Bem-estar Psicológico; AP – Aceitação pessoal; RP – Relações positivas com os outros; CP – Crescimento pessoal; PV – Propósito de vida.

As médias mais altas encontraram-se no estado civil “casado” e no “viúvo”, sendo que o estado civil “solteiro” o que apresenta médias mais baixas (cf. Tabela 7). Na escala total reduzida do bem-estar psicológico, a média mais alta foi identificada no grupo “viúvo”, sendo mais baixa nos solteiros. As dimensões com as médias mais altas foram o “crescimento pessoal” (CP) no estado civil casado e viúvo, com médias de 57,2 e 55,85 respetivamente.

Aplicando o teste ANOVA para as variáveis relações positivas com os outros, crescimento pessoal e escala total do bem-estar psicológico (EBEP) verificou-se diferenças estatisticamente significativas no estado civil para as variáveis crescimento pessoal ($p = 0,001$) e a variável bem-estar psicológico ($p = 0,018$). Assim aplicou-se o

teste de Scheffe para comparações múltiplas para verificar qual a tendência. Localizam-se as médias mais baixas no estado civil solteiro tanto na dimensão do crescimento pessoal e no bem-estar psicológico.

Tabela 8 – Teste ANOVA para as variáveis em função do estado civil

	F	Sig.
Relações positivas com os outros (RP)	2,283	,121
Crescimento Pessoal (CP)	8,435	,001
EBEP Total (modificada)	4,649	,018

Legenda: EBEP – Bem-estar Psicológico

Observaram-se diferenças significativas entre o grupo solteiro e casado para a dimensão crescimento pessoal (diferença entre médias = -18,4; $p = 0,009$), e o grupo solteiro e viúvo para a dimensão crescimento pessoal (diferença entre médias = -17,05; $p = 0,002$) e para a escala do bem-estar psicológico total (diferença entre médias = -49,8; $p = 0,019$) (cf. Tabela 46, Anexo 5).

Quanto às variáveis aceitação pessoal (CP) e propósito de vida (PV), aplicou-se o teste Kruskal-Wallis. Conforme a tabela 9 observa-se que somente a variável propósito de vida (PV) apresenta diferenças significativas entre os estados civis ($p = 0,007$). Ao contrário das anteriores, as médias mais altas encontra-se no estado civil casado, sendo que a média mais baixa é o estado civil viúvo ($M=53,2 > M=50,6 > M=35,2$).

Tabela 9 – Teste Kruskal-Wallis para as variáveis AP e PV de acordo com o estado civil

	Aceitação Pessoal	Propósito de Vida
Qui Quadrado	2,502	9,976
Sig.	,286	,007

Legenda: Variável agrupamento “Estado Civil”

Pereira em 2012 verificou resultados semelhantes, tendo observado médias mais baixas nas dimensões do bem-estar psicológico em adultos em idade avançada solteiros. A autora observou que as diferenças nas médias eram estatisticamente significativas na dimensão do domínio de ambiente, enquanto encontramos diferenças significativas nas dimensões crescimento pessoal e propósito de vida e em semelhança a Pereira na variável bem-estar psicológico. Uma possível causa para estas disparidades poderão estar associadas aos sentimentos de solidão. A pessoa idosa solteira é mais predisposta a

sentimentos de solidão que influenciam o bem-estar e o envelhecimento com qualidade (Pereira, 2012; Trentini, Xavier & Fleck, 2006; Ribeiro & Paúl, 2011; Keong, 2010).

Melo (2014), por sua vez, observou que os participantes casados apresentavam menor bem-estar psicológico quando comparados com os divorciados, viúvos e solteiros. A autora também observou que não existiam diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico de acordo com o estado civil (Melo, 2014).

Novo (2000) na sua investigação observou resultados semelhantes aos nossos e aos de Melo (2014). A autora observou que a amostra apresentava bem-estar psicológico reduzido (BEP-R) em maior incidência na categoria casada do que na viúva (63% para 13%). Contudo, ao nível do bem-estar psicológico global (BEP-G), não existiam diferenças entre os grupos. A autora ainda identificou que a relação entre o estado civil e o bem-estar psicológico não era forte. Segundo Novo (2000, p. 531) “o casamento na idade adulta avançada, não será condição de *bem-estar*, assim como a viuvez não será requisito de *mal-estar* (...)”.

Keong (2010), no seu estudo sobre as percepções do envelhecimento em pessoas idosas, tentou ver o papel do estado civil na forma como mulheres idosas percebiam o seu envelhecimento. A autora observou que as mulheres casadas apresentavam valores mais elevados nas consequências negativas do que as mulheres viúvas. A autora ofereceu como possível explicação para este fenómeno a conclusão que os participantes viúvos, tendo já perdido algo significativo na sua vida “não temem já perder a sua energia e vitalidade” (Keong, 2010, p. 49) o que poderá estar na origem das diferenças entre a viuvez e estado solteiro.

d) Reforma

Tendo em conta que a nossa amostra consistiu numa população pensionista, mas somente alguns recebiam reforma, sendo que os restantes sobreviviam dependentes de outrem ou à base de pensão de viuvez ou invalidez, optámos por verificar o impacto que ser reformado tem sobre as dimensões do bem-estar por nós investigadas. Assim, procedemos mais uma vez à comparação das médias nas dimensões do bem-estar psicológico, de modo a ver quais dos dois grupos (“recebe reforma” e “não recebe reforma”) apresenta valores mais altos nas dimensões do bem-estar. Confirmando-se o pressuposto da normalidade das amostras (cf. Tabela 26, Anexo 5) o teste mais indicado é o teste *T de Student* para amostras independentes.

Tabela 10 – Comparação de médias para as variáveis da escala EBEP e dimensões consideradas, tendo em conta a reforma

Recebe Reforma		Aceitação Pessoal	Relações positivas com os outros	Crescimento Pessoal	Propósito de Vida	EBEP
Sim	M	52,61	48,89	52,72	46,83	220,89
	DP	11,32	9,96	10,33	9,61	36,59
Não	M	55,17	54,33	54	50,92	237,25
	DP	9,82	8,99	11,46	9,12	36,45

Os resultados mostraram que aqueles que não recebem reforma apresentam médias mais altas em todas as variáveis do bem-estar psicológico e suas dimensões. Aplicando-se o teste *T de Student* para duas amostras, confirma-se a homogeneidade da variância, pelo que a igualdade é assumida para as variáveis em estudo (cf. Tabela 37, Anexo 5). Na tabela 11, observa-se significâncias superiores a $p = 0,05$ para todas as variáveis, pelo que se pode assumir que não existem diferenças significativas entre receber uma reforma e o bem-estar psicológico ou suas dimensões.

Tabela 11 – Teste T para variáveis da EBEP de acordo com a reforma

	T	p
Aceitação Pessoal	-,637	,529
Relações positivas com os outros	-1,524	,139
Crescimento Pessoal	-,318	,753
Propósito de Vida	-1,163	,255
EBEP Total	-1,202	,240

No entanto, observou-se uma tendência para a população que não recebe reforma ter médias mais altas do que aqueles que recebem. Uma possível explicação para estes resultados poderá estar associada ao facto de apesar de não serem reformados, a amostra não reformada não exerceu carreira profissional, sendo que muitos são dependentes de outrem (conjugue) ou então recebem alguma forma de pensão (pensão de viuvez). Estes dados poderão estar na origem da falta de significância.

Medeiros (2013b) refere que com a entrada na reforma existe uma maior probabilidade da pessoa sofrer com o isolamento social, o que tem um impacto sobre o bem-estar e qualidade de vida pessoa, principalmente quando a pessoa não fez uma

planificação para a reforma (Medeiros, 2013b). As pessoas que não são reformadas possivelmente nunca exerceram uma carreira profissional pelo que não tiveram de passar pela rutura emprego-reforma e a adaptação/transição consequente.

A “idade da reforma” no nosso país é próxima da “idade social” do envelhecimento. Isto ajuda a fomentar a categoria de “reformado” como característica social da “velhice” (Fernandes, 2001). O poder deste papel social como agora “velho” porque está reformado, dá azo a que a pessoa sinta as pressões sociais de ter de agora desempenhar o papel já pré-estabelecido de como um “velho” se deverá comportar (Zimerman, 2000; Lima & Murai, 2005). Além disso, a reforma implica uma quebra na rotina profissional, a pessoa deixa de ver a sua utilidade na sociedade como membro profissionalmente ativo, que contribui para o desenvolvimento da sociedade onde se integra (Medeiros, 2013b).

De acordo com os resultados foi possível aceitar parcialmente a hipótese 1: “*As dimensões do bem-estar psicológico diferem de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade e estado civil e reforma)*”. Nas variáveis sociodemográficas foi possível observar diferenças significativas nas variáveis: relações positivas com outros (RP) e a variável sexo; bem-estar psicológico modificada (EBEP), o crescimento pessoal (CP) e o propósito de vida (PV) na variável estado civil. Assim, identificamos diferenças estatisticamente significativas em que o sexo masculino terá médias mais baixas que o sexo feminino, o estado civil solteiro tem médias mais baixas no bem-estar psicológico no crescimento pessoal e no propósito de vida.

5.1.2. Satisfação com a vida e as variáveis sociodemográficas

Procedeu-se à mesma análise ao nível da satisfação com a vida, para procurar testar a **H2**: *A satisfação com a vida varia de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e reforma)*. Deste modo, procedeu-se à análise estatística das médias, através do teste de hipóteses de comparação entre médias.

Tabela 12 – Descrição estatística da satisfação com a vida (SWLS)

	N	Média	Moda	D.P	Mínimo	Máximo	Percentis		
							25%	50%	75%
SWLS	30	17,1	20	3,69	8	25	14	17	20

Legenda: SWLS – Satisfação com a vida; D.P – Desvio Padrão

Conforme a tabela 12 é possível observar que a média de satisfação com a vida encontra-se próxima do valor médio da escala, com 17,1 na escala da SWLS. O mínimo obtido foi de 8 valores na amostra, sendo que a máximo consistiu em 25 valores, o máximo possível na escala da SWLS. Apesar da média se manter acima do ponto médio (15), 75% da população tem valores de satisfação com a vida de 8 até 20 pontos, o limiar inferior para altos níveis de satisfação com a vida.

a) Sexo

Iniciando a nossa análise ao nível do sexo, procedeu-se à comparação das médias da satisfação com a vida ao nível dos dois grupos – sexo masculino e sexo feminino. Confirmando-se o pressuposto de normalidade da distribuição das amostras (sexo), o teste mais indicado a utilizar para esta variável irá consistir no Teste T de *Student* para duas amostras independentes (cf. Tabela 27, Anexo 5). Na tabela (cf. Tabela 13), na satisfação com a vida observa-se médias muito próximas em ambos sexos, com uma média total de aproximadamente 17 para ambos os sexos. Assim sendo observamos que as diferenças ocorrem ao nível decimal, com muita baixa representatividade a nível estatístico. Isto é confirmado uma vez aplicado o teste T para amostras independentes, pois não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,931$, cf. Tabela 56, Anexo 5).

Considerando 15 como o ponto médio da satisfação com a vida (mínimo 10 e máximo 25), pode concluir que em ambos os sexos, a média encontra-se acima do valor

médio possível da escala, com aproximadamente 17 valores de média (17,1 valores). As ausências de diferenças pode estar relacionado com a baixa representatividade do grupo do sexo masculino.

Tabela 13 – Comparação entre médias para a satisfação com a vida (SWLS)

	Sexo	M	DP
Satisfação com a vida	Masculino	17,2500	3,09570
	Feminino	17,0769	3,77278

Legenda: DP – Desvio Padrão

Guedea et al. (2006) observou que o sexo é uma variável preditora da satisfação com a vida, sendo um preditor positivo da satisfação com a vida, ou seja, as pessoas de sexo feminino terão valores mais altos de satisfação com a vida. Contudo, o que observamos foi uma diferença muito baixa (a nível decimal) entre o sexo feminino e o sexo masculino, sendo que o sexo masculino apresentava uma média ligeiramente mais alta do que o sexo feminino (cf. Tabela 13). Uma possível causa para estes resultados poderá estar reduzida amostra do sexo masculino.

b) Idade

Na variável idade procedemos uma vez mais ao agrupamento da população de acordo com a faixa etária, de modo a verificar diferenças entre as diferentes faixas etárias da idade avançada e não avançada. Assim dividimos uma vez mais a amostra em *não idosos/adultos de meia-idade* (menos de 65 anos), *jovens idosos* (65 a 74 anos), *idosos* (75 a 84 anos) e *muito idosos* (85 anos ou mais).

Tabela 14 – Comparação de médias para a variável SWLS de acordo com o agrupamento etário

Satisfação com a vida (SWLS)		
Faixa Etária	M	DP
Não idosos	16,63	3,583
Jovens idosos	16,5	3,505
Idosos	17,5	4,327
Muito idosos	18,25	3,096

De acordo com a tabela 14 é possível observar uma ligeira variação nas médias da satisfação com a vida. Observa-se que entre as faixas etárias *não idosos* e *jovens*

idosos as médias variam muito pouco, com valores de 16,63 e 16,5. Por sua vez já se verifica diferenças mais acentuadas ao nível do grupo dos *idosos* e dos *muito idosos*, com médias de satisfação com a vida de 17,6 e 18,25.

Assim, verifica-se que a população mais idosa tem valores mais altos na média da escala satisfação com a vida (SWLS) do que os restantes quatro grupos, sendo, que, estão acima do valor médio de satisfação com a vida.

Não se tendo observado normalidade da distribuição para o grupo não idosos ($p = 0,048$) (cf. Tabela 28, Anexo 5), não é aconselhável aplicar o teste ANOVA, pelo que teve de se optar pela sua alternativa não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis.

Verificou-se a ausência de diferenças na variável satisfação com a vida nas diferentes faixas etárias ($p = 0,823$). Assim sendo, conclui-se que as diferenças observadas nas médias de satisfação com a vida não são estatisticamente significativas.

Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis para variável satisfação com a vida (SWLS)

	Satisfação com a vida
Qui-Quadrado	,909
<i>p</i>	,823

Variável agrupamento: Faixa Etária

Guedea et al. (2006) não observou relação entre o papel preditor da idade e a satisfação com a vida. Isto é, a idade não é capaz de prever os níveis de satisfação com a vida, de modo que seja estatisticamente significativo. Nunes (2009) também observou ausência de relação entre a idade e a satisfação com a vida. Uma possível explicação encontra-se no facto de que a satisfação com a vida depender da forma como a pessoa percebe as suas vivências, a forma como se adapta a estas e as aceita (Albuquerque, Sousa & Martins, 2010).

Observar-se médias mais altas no nível do grupo dos muito idosos, poderá surgir de o facto de esta população que acomodou as mudanças e as perdas e desenvolveu mecanismos para lidar com elas, deste modo tendo uma maior satisfação com a suas experiências de vida (Machado, 2010) e ainda ao facto de frequentar um Centros de Convívio, ter um sentido de pertença à comunidade/um grupo de referencia e suporte – os amigos do Centro.

c) Estado Civil

Quanto ao estado civil observa-se um quadro semelhante nas médias da escala SWLS. Na tabela 16 é possível verificar que a diferença da escala da satisfação com a vida (SWLS) ao nível dos estados civis viúvo e casado é reduzida ($17,85 > 17$), sendo que a diferença mais proeminente se vê ao nível do estado civil solteiro, com uma média de 14,2, inferior ao ponto médio, e mais baixa do que o observado nos restantes estados civis.

Tabela 16 – Comparação de médias para a variável SWLS com o estado civil

Satisfação com a vida (SWLS)		
Estado Civil	M	DP
Solteiro	14,2	3,899
Casado	17	2,739
Viúvo	17,85	3,558

Verificando-se os pressupostos do teste ANOVA (distribuição normal da amostra e homogeneidade da variância) (cf. Tabela 29 do Anexo 5), aplicou-se o teste com o intuito de se observar se esta diferença entre o estado civil solteiro e os restantes ao nível das médias de satisfação com a vida é significativo. Não se observou diferenças estatisticamente significativas nas médias de satisfação com a vida no estado civil ($p = 0,133$). Observou-se, no entanto, uma tendência para resultados mais baixos para o estado civil solteiro.

Tabela 17 – Teste ANOVA para a variável SWLS de acordo com o estado civil

Satisfação com a vida (SWLS)	F	Sig.
Entre grupos	2,174	,133

Mais uma vez apontamos para o estudo de Keong (2010), que verificou que as pessoas idosas que eram viúvas apresentavam melhores resultados ao nível da suas representações sobre o envelhecimento, apontado que a adaptação às perdas de entes queridos. Esta adaptação pode explicar o porquê de terem representações menos negativas das consequências do envelhecimento, ou seja, ao efeito da positividade que se associa a expectativas mais baixas. Isto poderá ser também o que está por detrás dos resultados ao nível da satisfação com a vida, uma vez que já procederam a uma

adaptação de uma perda maior, as pessoas viúvas serão capazes de se adaptar às restantes situações da vida e ter assim maior satisfação com a vida (Nunes, 2009).

d) Reforma

Analizamos as diferenças das médias ao nível da pessoa receber reforma ou não. Observa-se diferenças baixas entre as médias da satisfação com a vida ao nível da reforma. Mais uma vez se observa médias próximas do ponto médio da escala, com desvios-padrões baixos entre ambos os grupos. Verifica-se que mais uma vez a média mais alta da satisfação com a vida encontra-se no grupo não reformado que sobrevive à base de outros rendimentos (dependente de outrem, pensão de viuvez, pensão de invalidez), situação que também se observou ao nível do bem-estar psicológico.

Tabela 18 – Comparação de médias para a variável SWLS com a variável “Recebe Reforma”

Satisfação com a vida (SWLS)		
Recebe Reforma	M	DP
Sim	16,83	3,78
Não	17,50	3,56

Observando-se os pressupostos para a aplicabilidade do teste T de *Student* para amostras independentes (cf. Tabela 30, Anexo 5), optou-se por aplicar este teste para verificar se existem diferenças entre as médias. Tendo-se observado a igualdade de variância procedeu-se então ao valor de teste.

Tabela 19 – Teste T para a variável satisfação com a vida, de acordo com “recebe reforma”

		T	df	P
Satisfação com a vida	Igualdade de variância assumida	-,485	28	,632

Verifica-se que estas diferenças não têm significância estatística ($p = 0,63$), pelo que se pode assumir que apesar de existirem diferenças entre receber reforma ou não, estas não são estatisticamente significativas.

Deste modo, não é possível aceitar a hipótese 2: *A satisfação com a vida varia de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e reforma)*. Constata-se que apesar de existirem diferenças, estas são mínimas, algumas ocorrem

apenas ao nível decimal. Nesta amostra verifica-se que as diferenças entre as médias da satisfação com a vida são muito baixas entre os grupos das variáveis sociodemográficas, mantendo-se os valores da satisfação com a vida próximos do ponto médio da escala SWLS (15 valores). Verificou-se, em síntese, que as diferenças observadas na satisfação com a vida ao nível das variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil, reforma não têm significância estatística, pelo que não se pode assumir assim a veracidade da hipótese 2.

5.1.3. Relação entre o Bem-estar psicológico e a satisfação com a vida e o Centros de Convívio

Em dois momentos de teste fomos averiguar a veracidade de duas hipóteses: **H3** *Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e o tempo de frequência no Centros de Convívio e a satisfação com o Centros de Convívio* e **H4**: *A satisfação com a vida relaciona-se com o tempo de frequência no Centros de Convívio e a satisfação com o Centros de Convívio.*

No primeiro momento, fomos testar qual a intensidade e direccionalidade da relação entre o bem-estar psicológico e as suas dimensões, assim como, a satisfação com a vida com o grau de satisfação com o Centros de Convívio. Esperámos com isto verificar se as pessoas que pessoas com sentimentos mais positivos em relação ao centro apresentam melhores valores na satisfação com a vida e melhores valores nas dimensões do bem-estar. Quanto ao segundo momento, fomos testar o grau de associação entre os níveis do bem-estar psicológico e satisfação com a vida com a frequência no centro, nomeadamente número de horas (frequência diária), número de dias (frequência semanal), e há quantos anos permanece no centro (tempo de permanência).

a) Satisfação com a frequência no Centros de Convívio

Observa-se que a maioria dos utentes sente-se “feliz” ao frequentar o Centros de Convívio (15 pessoas), sendo 9 pessoas sentem-se indiferentes à frequência no centro (“Nem feliz, nem triste”) e 6 referiram sentirem-se “muito felizes” em frequentar o centro. Os que referiram sentir-se felizes, afirmaram que o Centros de Convívio os “(...) ajuda a descansar”, ou então “Estou aqui há pouco tempo, mas estou a gostar”.

Para testar a relação entre as variáveis optou-se por aplicar o teste r de Pearson. Fomos verificar se as variáveis seguem o pressuposto de normalidade da distribuição da amostra. Observou-se que para a variável “satisfação em relação o centro” não apresenta distribuição normal ($p = 0,000$) (cf. Tabela 32, Anexo 5), pelo que para esta variável o teste indicado é o teste Ró de Spearman. Na tabela 20, observa-se a existência de relação entre a forma como a pessoa se sente em relação ao centro e a dimensão aceitação pessoal (AP) e a satisfação com a vida (SWLS). Ambas as relações caracterizam-se por relações de baixa intensidade e de direccionalidade positiva para grau de significância normal ($r = 0,370$; $p = 0,044$; e $r = 0,393$; $p = 0,032$).

Tabela 20 – Teste Ró de Spearman EBEP e para variável “como o centro o faz sentir” e EBEP

		EBEP Total	AP	RP	CP	PV	SWLS
	r	,313	,370*	,175	,273	,307	,393*
Como frequentar o centro o faz sentir	p	,092	,044	,355	,145	,098	,032

Legenda: EBEP – Bem-estar psicológico; AP – Aceitação pessoal; RP – Relações positivas com os outros; PV – Propósito de vida; SWLS – Satisfação com a vida; **Correlação significativa ao nível 0.01; * Correlação significativa ao nível 0.05.

Com estes resultados é possível deduzir que a forma como a frequência na instituição de convívio faz a pessoa se sentir, influencia o bem-estar psicológico ao nível da dimensão aceitação pessoal (AP) mas com baixa intensidade. O mesmo se observou ao nível da satisfação com a vida. Sentir-se bem ao frequentar o local de convívio irá fazer a pessoa sentir mais satisfação com a sua vida. Machado (2010) refere que os locais de convívio são essenciais para fomentar o desenvolvimento das relações com os outros e consequentemente a sua própria autoestima.

Pavão (2013) observou que na sua amostra que a maioria dos inquiridos gostava de frequentar o lar de longa permanência. Também observámos que ao nível do Centros de Convívio a maioria apresentava-se feliz com a sua frequência no centro. Uma possível explicação para o porquê do contentamento com a participação no centro poderá estar associada ao valor das relações e das atividades lúdicas e de estimulação. Pavão na sua investigação, observou que as pessoas que frequentavam lares temiam perder a convivência com as outras pessoas do lar. A autora percebeu que o apego à instituição de convívio ou acolhimento está intimamente ligada ao contexto físico e social do local (Pavão, 2013).

b) Frequência no Centros de Convívio

Este consistiu no segundo momento da análise das hipóteses 3 e 4. O propósito desta análise foi verificar se existe alguma relação entre o tempo de frequência e as dimensões do bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

Começando pela análise da **frequência diária** decidimos verificar se existem relações entre o número de horas por dia frequentadas e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. A frequência diária foi mensurada com a questão “quantas horas por dia em média frequenta o Centros de Convívio?”

Mais uma vez procedemos à análise da normalidade da amostra para a variável frequência diária. Em teste Shapiro-Wilk, observamos que na variável frequência diária, a amostra não apresenta distribuição normal (cf. Tabela 33, Anexo 5). Assim não podemos aplicar o teste de correlação r de Pearson, pelo que temos de utilizar o R de Spearman.

Tabela 21 – Teste R de Spearman para a variáveis AP, RP, CP e PV e frequência diária

		Aceitação o Pessoal (AP)	Relações positivas com os outros (RP)	Crescimen to Pessoal (CP)	Propósito de Vida (PV)	EBEP
Frequência	r	-,019	-,035	,070	,024	-,043
Diária	p	,919	,854	,713	,901	,821

Legenda: EBEP – Bem-estar psicológico; AP – Aceitação pessoal; RP – Relações positivas com os outros; PV – Propósito de vida; SWLS – Satisfação com a vida.

Através do teste R de Spearman observamos que não existem associações estatisticamente significativas entre a frequência diária e o bem-estar psicológico. Também, analisando a tabela 21, observa-se que o valor de teste aponta para relações inexistentes, sendo que o valor de teste é muito baixo, inferior a 0,2, apontando para a inexistência de relação.

Aplicando o mesmo teste à variável satisfação com a vida para verificar se existe correlação entre a frequência diária e a satisfação com a vida, observa-se o mesmo padrão. Não existem relações estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida e a frequência diária, sendo que o valor de r é inferior a 0,2, apontando para inexistência de relação.

Tabela 22 – Teste Ró de Spearman para as variáveis SWLS e a frequência diária do Centros de Convívio

		Satisfação com a vida (SWLS)
Quantas Horas/dia	<i>r</i>	-,150
frequenta o Centros de Convívio	<i>p</i>	,427

Passando à **frequência semanal**, procedemos ao teste correlacional entre variáveis, primeiro entre as dimensões do bem-estar psicológico (aceitação pessoal, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, propósito de vida, domínio do ambiente) e o tempo de frequência semanal, e entre a variável satisfação com a vida (SWLS) e o tempo de frequência semanal, medido pela questão “quantos dias por semana frequenta o Centros de Convívio?”

Assim, procedemos ao teste de normalidade das amostras para verificar se na variável frequência semanal existia normalidade de distribuição da amostra. Constata-se através do teste Shapiro-Wilk que a variável tempo de frequência semanal (“quantos dias por semana frequenta o Centros de Convívio”) que a amostra não tem uma distribuição normal ($p = 0,000$), pelo que viola o pressuposto de normalidade do teste *r* de Pearson, assim optamos pelo teste Ró de Spearman, a alternativa não paramétrica ao *r* de Pearson.

Tabela 23 – Teste Ró de Spearman para as variáveis AP, RP, CP e PV e frequência Semanal

		Aceitação (AP)	Relações (RP)	Crescimento (CP)	P. de Vida (PV)	EBEP
Frequência	R	-,403*	-,603**	-,345	-,516**	-,531**
Semanal	p	,027	,000	,062	,003	,003

Legenda: **Correlação significativa ao nível de 0,01; *Correlação significati. ao nível de 0.05

Na tabela 23, observa-se relações significativas entre o bem-estar psicológico, suas dimensões e a frequência semanal, com exceção da dimensão crescimento pessoal, cuja relação não teve associação estatisticamente significativa com a frequência semanal. Observa-se assim relações com alto grau de significância estatística ($p < 0,01$) entre a frequência semanal, o bem-estar psicológico (EBEP) ($r = -0,531$; $p = 0,003$), as

dimensões relações positivas com os outros ($r = -0,603$; $p = 0,00$) e a dimensão propósito de vida ($r = -0,516$, $p = 0,003$), sendo estas relações de intensidade moderada, e direccionalidade negativa. Ainda existe uma relação de grau de significância normal ($p < 0,05$) entre a frequência semanal e a dimensão aceitação pessoal ($r = -0,403$, $p = 0,027$), sendo esta de intensidade moderada e direccionalidade negativa.

O facto de todas as relações identificadas como estatisticamente representativas consistirem em relações negativas, aponta para um relação inversa entre as variáveis. Isto é, quantos mais dias por semana a pessoa frequentar o centro, menor o seu bem-estar psicológico ao nível das dimensões aceitação pessoal, relações positivas com os outros e propósito de vida. Isto vai ao contrário dos resultados que esperávamos observar.

Tabela 24 - Teste Ró de Spearman para as variáveis frequência semanal e satisfação com a vida

		Satisfação com a vida (SWLS)
Quantos dias por semana frequenta o centro	r	-,547**
	p	,002

Legenda: **Correlação significativa ao nível de 0,01; *Correlação significati. ao nível de 0.05

Tendo-se observado a ausência de normalidade da amostra em relação à frequência semanal, aplicamos o teste Ró de Spearman para verificar se existia alguma relação entre a frequência semanal e os resultados obtidos na SWLS. Na tabela 24 observa-se que na variável satisfação com a vida o padrão anterior se repete novamente. Encontra-se uma relação negativa com grau de significância elevada ($p < 0,01$) entre a satisfação com a vida e a frequência semanal ($r = 0,547$; $p = 0,002$). Assim assume-se que as pessoas que frequentem mais dias por semana o Centros de Convívio apresentam níveis de satisfação com a vida mais baixos. Parece haver um tempo médio semanal para se ser feliz num Centros de Convívio, questão que tem de ser melhor explorada.

Quanto ao **tempo de permanência** no Centros de Convívio, decidimos averiguar se a quantidade de anos que a pessoa permanece no Centros de Convívio tem relação com o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Visto que se verificou uma relação com a frequência semanal e as dimensões do bem-estar psicológico e satisfação com a vida, sendo esta negativa. Foi-se então observar se a mesma situação se repete com o número de anos que a pessoa já frequenta o Centros de Convívio.

Ao nível da permanência em anos, observa-se que em média a amostra frequenta o Centros de Convívio há aproximadamente 3 anos ($M = 2,67$). O tempo que amostra frequenta o centro situa-se entre menos de 1 ano (mínimo) e 9 anos (máximo), com um desvio padrão de 2,51. Não se tendo comprovado o pressuposto de normalidade da amostra ao nível da variável tempo de permanência no centro, ao observar-se em teste Shapiro-Wilk uma significância de 0,004, decidiu-se assim aplicar-se o teste Ró de Spearman (cf. Tabela 33, Anexo 5).

Tabela 25 – Teste Ró de Spearman tempo de permanência variáveis AP, RP, CP, PV, EBEP, SWLS e tempo de permanência no centro

		AP	RP	CP	PV	EBEP	SWLS
Tempo no centro	r	,104	-,061	-,183	-,207	-,007	0,085
	p	,583	,748	,334	,272	,969	,654

Legenda: EBEP – Bem-estar psicológico; AP – Aceitação pessoal; RP – Relações positivas com os outros; PV – Propósito de vida; SWLS – Satisfação com a vida.

Através do teste Ró de Spearman observa-se então que não existe relação estatisticamente significativa entre os anos que a amostra frequenta o Centros de Convívio e o bem-estar psicológico. Analisando a tabela 25, observa-se que o r é inferior a 0,2, apontando para a inexistência de relação entre as dimensões do bem-estar psicológico (EBEP) e os anos que a pessoa permanece no Centros de Convívio, tal se observa também ao nível da satisfação com a vida (SWLS). A única exceção é a dimensão propósito de vida, sendo que esta é passível de ter uma relação de intensidade baixa, mas sem significância estatística.

Assim, aceitamos parcialmente a **H3**: *Existe uma relação entre o bem-estar psicológico e o tempo de frequência no Centros de Convívio e a satisfação com o Centros de Convívio*; e aceitamos parcialmente a **H4**: *A satisfação com a vida relaciona-se com o tempo de frequência no Centros de Convívio e a satisfação com o Centros de Convívio*.

Ao nível da satisfação com o centro, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão aceitação pessoal, a satisfação com a vida e a forma que frequentar o centro faz a pessoa sentir-se. Ao nível da frequência, observa-se que existem relações estatisticamente significativas entre a frequência semanal no Centros de Convívio (quantos dias por semana), o bem-estar psicológico, e as dimensões aceitação pessoal, relações positivas com os outros e propósito de vida e com a

satisfação com a vida. Observa-se então que a frequência semanal influencia as referidas variáveis de forma negativa, visto que há medida que o número de dias que frequenta o centro na semana aumenta, diminui os valores ao nível da satisfação com a vida e do bem-estar psicológico. No entanto, não se observou relações entre a permanência no Centros de Convívio (número de anos que já frequentam o centro) e o número de horas por dia que o Centros de Convívio é frequentado com o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

Pereira (2012) observou resultados semelhantes aos nossos, mas ao nível dos lares de longa permanência. A autora verificou que a dimensão da aceitação pessoal (AP) diminuía com o aumento tempo de permanência no lar. Os nossos resultados não apontaram para uma relação significativa entre as variáveis, mas, observamos uma direcionalidade negativa tal como Pereira.

A instituição de convívio, apesar de se comprometer a fomentar a socialização, pode segregar a pessoa, quando a frequência é prolongada sem qualquer interação exterior à mesma, e a inexistência de oportunidades exteriores ao centro (Pereira, 2012). Nas referências sobre a importância do centro (abordado mais a fundo na análise qualitativa dos resultados), observámos que a maioria dos utentes indica o Centros de Convívio como única oportunidade de na comunidade de convívio e interação sociocultura.

Zimmerman (2000) refere no seu manual sobre a “velhice” que muitas vezes, instituições de envelhecimento tornam-se muitas vezes locais de “depósito” de idosos, em que o passar dos anos nestas instituições não significa mais bem-estar, nem melhor qualidade de vida, mas uma categorização imposta ao *status* de “velho”.

5.1. 4 – Dimensões do bem-estar psicológico e a satisfação

Procurámos testar a veracidade da hipótese 5 (**H5**): *Existe relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, nos utentes que frequentam os centros de convívio*. Para tal, foi-se averiguar qual a relação existente entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Para além da satisfação com a vida, também se procurou relacionar as variáveis satisfação com a situação económica, satisfação com a saúde, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva com a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico.

a) Bem-estar Psicológico (EBEP) e Satisfação com a vida (SWLS)

Segundo Ryff (1989) a satisfação com a vida está na origem da aceitação das mudanças de vida, sendo um preditor de uma boa adaptação ao processo de envelhecimento e é um dos pilares do bem-estar subjetivo. Anteriormente já havíamos analisado a satisfação da vida ao nível da descrição estatística e observamos que esta tinha uma média de 17,1, valores acima do ponto médio da escala da satisfação com a vida (SWLS), com valores mínimos de 8 e valores máximos de 25.

Tendo observado isto, decidimos então, verificar qual a relação existente entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Assim sendo, tendo em conta que estamos a lidar com duas variáveis quantitativas, o teste mais indicado a aplicar consiste no r de Pearson, mas a este teste está associado o pressuposto de normalidade.

Aplicámos o teste Shapiro-Wilk para verificar se a amostra segue uma distribuição normal. Tendo-se verificado o pressuposto de normalidade aplicou-se então o r de Pearson (cf. Tabela 31 e 32, Anexo 5).

Observam-se, através da Tabela 26, relações estatisticamente significativas entre as dimensões do bem-estar estudadas e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. As relações existentes são de natureza positiva, apontando para que quando o bem-estar psicológico e as suas dimensões aumentam, a satisfação também aumenta em concordância.

A relação existente entre a satisfação com a vida (SWLS) e o bem-estar psicológico (EBEP) caracteriza-se por uma correlação de alto grau de significância ($r=0,659$, $p = 0,000$), de intensidade moderada. As relações encontradas entre a satisfação com a vida e as dimensões aceitação pessoal ($r = 0,638$; $p = 0,000$), relações

positivas com os outros ($r = 0,469$; $p = 0,009$), crescimento pessoal ($r = 0,475$; $p = 0,008$) e propósito de vida ($r = 0,647$; $p = 0,000$) caracterizam-se por relações moderadas, para um grau de confiança de $p < 0,01$.

Tabela 26 - Teste r de Pearson para as variáveis do Bem-estar psicológico e da Satisfação com a vida

	Aceitação Pessoal (AP)	Relações positivas com os outros (RP)	Crescimento Pessoal (CP)	Propósito de Vida (PV)	EBEP
r	,638**	,469**	,475**	,647**	,659**
(SWLS) p	,000	,009	,008	,000	,000

Legenda: EBEP – Bem-estar Psicológico; ** Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-tailed); *Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-tailed).

Pereira (2012) verificou uma relação estatisticamente significativa positiva entre a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, assim como, com as dimensões crescimento pessoal, domínio do ambiente e propósito de vida (sentido de vida), mas não com as restantes dimensões do bem-estar psicológico. A autora observou que estas relações caracterizavam-se por relações de intensidade moderada, em concordância com os nossos resultados, contudo, as suas relações eram significativas em grau de significância de 5%, sendo que somente a dimensão domínio do ambiente a única variável que tinha relação significativa com a satisfação com a vida ao nível de $p < 0,01$.

Uma possível explicação para os resultados encontra-se na posição da satisfação com a vida como um dos pilares do bem-estar subjetivo (Ryff, 1989). A satisfação com a vida implica a aceitação do passado, do próprio e o reconhecimento da sua vida como sendo satisfatória, sendo elementos do próprio bem-estar psicológico (Ryff, 1989). O crescimento pessoal e o propósito de vida, ambos incluem uma noção de continuidade e satisfação com a vida. O crescimento pessoal implica que a pessoa não só se autoatualiza ao longo da vida, como seja capaz de assimilar o seu crescimento como um processo continuado, o que inclui uma aceitação e satisfação com o passado (Ryff 1989).

b) Satisfação com a saúde, a Situação Económica, a Vida Social e a Vida Afetiva

Nesta segunda parte da análise da relação entre o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e os domínios da vida: satisfação com a saúde, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva.

Tendo sido aplicado o teste Shapiro-Wilk para verificar-se se a amostra segue uma distribuição normal, observou-se que as variáveis da satisfação com a saúde, com a situação económica, com a vida social e com a vida afetiva não apresentam normalidade da amostra, pelo que não é possível aplicar o teste *r* de Pearson (cf. Tabela 34, Anexo 5). Assim sendo, decidiu-se aplicar o teste Ró de Spearman, para verificar se existem diferenças significativas.

Tabela 27 – Teste Ró de Spearman para as variáveis da EBEP e SWLS em função da satisfação com a saúde, com a situação económica, com a vida social e com a vida afetiva

Ró de Spearman		AP	RP	CP	PV	EBEP	SWLS
Satisfação saúde	R	,382*	,164	,560**	,245	,381*	,257
	P	,037	,386	,001	,193	,038	,170
Satisfação económica	R	,446*	,160	,457*	,407*	,471**	,525**
	P	,014	,398	,011	,026	,009	,003
Satisfação Social	R	,427*	,391*	,473**	,488**	,482**	,298
	P	,019	,032	,008	,006	,007	,110
Satisfação Afetiva	R	,487**	,454*	,445*	,529**	,534**	,369*
	P	,006	,012	,014	,003	,002	,045

Legenda: EBEP – Bem-estar psicológico; AP – Aceitação pessoal; RP – Relações positivas com os outros; PV – Propósito de vida; SWLS – Satisfação com a vida; **Correlação significativa ao nível de 0.01; * Correlação significativa ao nível de 0.05

Na tabela 27, observam-se relações estatisticamente significativas positivas entre o bem-estar psicológico (EBEP) e a satisfação com a saúde, a situação económica, a vida social e a vida afetiva; entre a satisfação com a saúde e a aceitação pessoal (AP) e o crescimento pessoal (CP); a satisfação com a vida económica e a aceitação pessoal (AP), o crescimento pessoal (CP), o propósito de vida (PV) e a satisfação com a vida (SWLS); bem como entre a satisfação com a vida social e a aceitação pessoal (AP), as relações positivas com os outros (RP), o crescimento pessoal (CP) e o propósito de vida (PV). Verifica-se, igualmente uma relação entre a satisfação com a vida afetiva e a aceitação pessoal (AP), as relações positivas com os outros (RP), o crescimento pessoal (CP), o propósito de vida (PV) e a satisfação com a vida (SWLS).

Todas as relações identificadas apresentam natureza positiva, isto é, são proporcionais.

Começando por descrever a relação entre a satisfação com os diversos domínios da vida, a relação entre a satisfação com a saúde e o bem-estar psicológico caracteriza-se por uma relação de intensidade baixa para um grau de significância normal ($r = 0,381$; $p = 0,038$). Por sua vez, as restantes relações entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a situação económica ($r = 0,471$; $p=0,009$), a vida social ($r = 0,482$; $p = 0,007$) e a vida afetiva ($r = 0,534$; $p=0,002$) caracterizam-se por relações de intensidade moderada, para um alto grau de significância ($p < 0,01$).

Observa-se que a relação entre a satisfação com a saúde e a dimensão aceitação pessoal caracteriza-se por uma relação fraca ($r = 0,38$; $p = 0,037$), enquanto a relação entre a mesma variável e a dimensão crescimento pessoal consiste numa associação moderada para alto grau de significância ($r = 0,56$; $p = 0,001$). A relação entre a satisfação com a situação económica e a aceitação pessoal ($r = 0,446$; $p = 0,014$), o crescimento pessoal ($r = 0,457$; $p = 0,011$) e o propósito de vida ($r = 0,407$; $p = 0,026$) caracterizam-se por relações de intensidade moderada. A relação entre a satisfação com a situação económica e a satisfação com a vida apresenta uma relação de intensidade moderada ($r = 0,525$; $p = 0,003$), para um alto nível de significância ($p < 0,01$).

A relação entre a satisfação com a vida social com a aceitação pessoal apresenta uma intensidade moderada ($r = 0,427$; $p = 0,019$) e com as relações positivas com os outros a satisfação com a vida social apresentou uma associação baixa ($r = 0,391$; $p = 0,032$). Com as dimensões crescimento pessoal e propósito de vida, a satisfação com a vida social apresenta uma relação de intensidade moderada ($r = 0,473$; $p = 0,008$; $r = 0,48$; $p = 0,006$), sendo que esta ocorre com um alto grau de significância ($p < 0,01$).

Quanto à variável satisfação com a vida afetiva, a relação com as dimensões relações positivas com os outros ($r = 0,454$; $p = 0,012$) e crescimento pessoal ($r = 0,445$, $p = 0,014$) caracterizam-se por relações de intensidade moderada. Por sua vez, a relação entre a satisfação com a vida afetiva e a satisfação com a vida apresenta uma intensidade baixa ($r = 0,369$; $p = 0,045$). As relações entre a satisfação com a vida afetiva e a aceitação pessoal e o propósito de vida caracterizam-se por relações de intensidade moderada ($r = 0,487$; $p = 0,006$; $r = 0,529$, $p = 0,003$), para um grau de significância de $p < 0,01$.

Comparando os resultados obtidos aos de Pereira (2012), observou-se que a autora tinha identificado relações entre a satisfação com a saúde e a dimensão

crescimento pessoal e a dimensão domínio do ambiente. Ribeiro e Paúl (2011) referem que o estado de saúde tem um papel essencial na capacidade de adaptação do idoso ao envelhecimento e a sua capacidade de gerir o seu dia-a-dia. Soares (2010) refere o impacto da doença e limitação na capacidade funcional, ou seja, a capacidade de gerir as suas atividades de vida diária (AVDs) e organizar o seu tempo e ambiente. A pessoa idosa pode apresentar bem-estar psicológico e satisfação com a vida, quando perceciona a saúde como boa o suficiente para viver (Squire, 2005).

Pereira (2012) também encontrou uma relação entre a satisfação com vida social e a dimensão crescimento pessoal assim como com a dimensão relações positivas com os outros. Contudo, esperávamos uma relação mais forte entre a satisfação com a vida social e a dimensão relações positivas com os outros. Mas, a relação entre a satisfação com a vida social e a vida afetiva, com a dimensão da aceitação pessoal, crescimento pessoal, relações positivas com os outros e satisfação com a vida vai de acordo com o indicado por Medina (2010). Nas relações interpessoais o convívio com o outro desempenha um papel essencial no desenvolvimento da pessoa. O diálogo “eu-outro” ajuda a construir um *self* saudável e funcional, preparado para as transições de vida (Medina, 2010). Assim, quando a vida social e afetiva não é satisfatória, isto implica uma baixa qualidade de relações e vínculos, fazendo com que, como consequência, se desenvolvam vulnerabilidades na pessoa e no seu *self* (Medina, 2010).

Com os resultados obtidos é possível aceitar a hipótese 5: *Existe relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, nos utentes que frequentam os centros de convívio*. Observa-se assim relação estatisticamente significativa positiva com grau de significância $p < 0,01$ entre a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, assim como com as dimensões aceitação pessoal, relações positivas com os outros, crescimento pessoal e o propósito de vida.

Ainda encontrámos uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis satisfação com a vida social, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva com o bem-estar psicológico total e as suas dimensões (propósito de vida, relações positivas com os outros, crescimento pessoal, e aceitação pessoal).

Os resultados por nós obtidos podem estar relacionados com a própria dinâmica do Centros de Convívio. Ao contrário do lar de longa permanência que se torna a “casa” dos seus utentes, o Centros de Convívio é uma instituição dinâmica, na qual a entrada e saída de utentes não é incomum. Isto implica que haja uma flutuação grande de pessoas

que frequentam o centro, pelo que os que permanecem mais tempo no mesmo centro estão forçados a lidar com estas entradas e saídas e, com consequentes ganhos e perdas a nível relacional.

5.2 – Análise Qualitativa dos Resultados

Neste ponto procedemos à análise qualitativa dos nossos resultados. Na análise qualitativa pretendemos responder à questão: *“Quais os motivos de frequência e de permanência nos centros de convívio?”*

5.2.1 – Análise qualitativa referente à frequência no Centros de Convívio

Na abordagem qualitativa das respostas abertas do questionário (cf. Capítulo 4, 4.6 - Instrumentos), recorreremos à análise de conteúdo, tal como preconizado por Bardin (1995). Esta abordagem, nas palavras do autor, utiliza um conjunto de técnicas de análise e procedimentos objetivos e sistemáticos na descrição do conteúdo das mensagens, a fim de alcançar inferências de conhecimentos relativos às causas e antecedentes das mensagens e suas consequências.

Tal como Nóbrega (2015, p. 62) optou-se “pela categorização emergente na qual a elaboração da categorização foi realizada a partir das respostas dos participantes. Esta forma de categorização resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos assim como o título conceptual da categoria é apenas definido no final da operação”.

Através na análise de conteúdo do grupo de participantes (30) sobre o Centros de Convívio, procurou-se analisar as principais razões de procura e de permanência no Centros de Convívio. Procurámos também saber do ponto de vista do utente, quais as atividades oferecidas pela instituição de convívio e as que de facto são desejadas e praticadas pelos utentes.

a) Motivos de procura do Centros de Convívio

A revisão de literatura já nos tinha fornecido algumas opções de resposta a esta questão, nomeadamente: conviver, aprender, passear, sentir-se acompanhado, sentir-se dentro da comunidade, por incentivo de outrem, por outro incentivo pessoal, porque o

médico mandou. Estas razões foram apresentadas como opções de resposta, sendo assinaladas sempre que a pessoa as referia.

Analisando de forma exploratória os dados, foi possível observar que a principal razão de procura do Centros de Convívio está exatamente na essência do que lhe dá nome, ou seja, 24 dos inquiridos referiram que foram para o Centros de Convívio em busca de socialização e convívio, como comunicam:

- **E1** “Vim para o centro para estar com as minhas amigas e estar acompanhada”,
- **E4** “Vim para aqui para não estar sozinha, para conversar e sentir-me acompanhada”,
- **E16** “Estava à procura de um sitio onde pudesse estar acompanhada, conviver e sair”,
- **E27** “Procura de convívio. Depois de chegar cá pude socializar e passear e não me sentir mais só.”.

A segunda razão mais apontada foi a procura de companhia (“sentir-se acompanhado”), com 19 pessoas tendo referido esta razão:

- **E14** “Estava à procura de companhia. Uma amiga minha convenceu-me, disse que era bom para sair e passear assim como para não estar só”,
- **E21** “Uma amiga minha estava no centro e ela disse se eu não queria vir também para não estar só. É que antes estava sozinho e assim vim para o centro, para conviver e ter companhia, assim saio e vou passear com os outros utentes.”

Ainda é referida a procura de passeios por 10 pessoas como, por exemplo, **E19** “Vim para o centro para conviver e ter companhia, e para passear”.

Apesar da abordagem qualitativa para uma melhor visualização decidimos transpor as unidades de registo mais frequentes em imagem para ficarmos com uma visão clara e rápida dos motivos da procura de um Centros de Convívio.

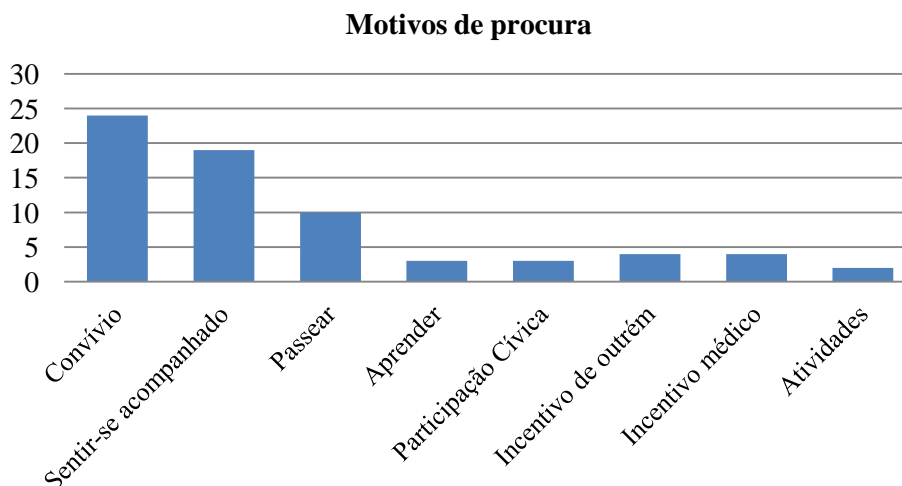


Gráfico 3 – Razões de Procura do Centros de Convívio

Surgiu uma nova razão exterior às fornecidas pela revisão de literatura as atividades que esperavam vir a ter no centro, referidas por 2 pessoas: **E5** “Não estamos sozinhos. Temos companhia e sempre fazemos jogos ou passeamos” e **E10** “Queria convívio, amigos. Acabei por vir para jogar às cartas, que gosto muito.”.

b) Razões de Permanência

As razões de permanência foram analisadas consoante a importância que os participantes davam a frequentar o centro e quais as atividades disponíveis. Nesta parte procuramos não só, verificar porque a pessoa adulta ou idosa permanece no centro após um certo período de tempo, bem como, quais os serviços disponíveis.

Quando questionados se consideravam importante frequentar o Centros de Convívio, 29 dos participantes responderam que sim, no entanto, um participante não sabia. Questionados sobre o que tornava o Centros de Convívio importante, recebemos várias razões, algumas correspondentes às razões de procura, conforme o gráfico (Gráfico 4).

A principal razão pela qual os utentes consideravam o Centros de Convívio importante foi o papel do Centros de Convívio na promoção da socialização e convívio, tendo sido referido por 20 dos participantes. Explicitamos algumas das respostas:

- **E7** “Muito importante, distrai e ajuda a conviver”,
- **E8** “É um entretenimento, um convívio.”,
- **E19** “É importante para socializar” e,

- **E21** “Gosto do convívio, da companhia.”

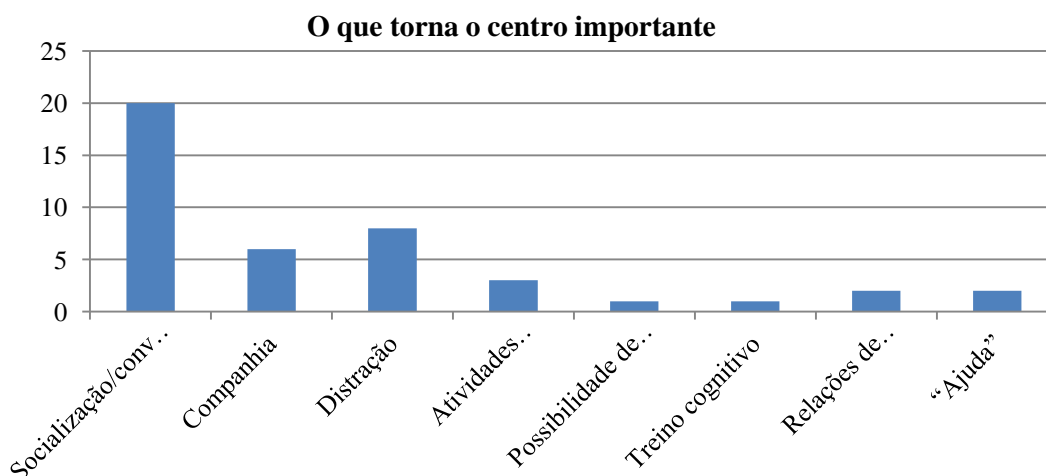


Gráfico 4 – As razões que tornam o centro importante

O convívio também correspondeu à primeira e principal razão de procura. A segunda razão mais apontada foi a “distração” garantida pela frequência no Centros de Convívio, tendo sido apontada por 8 dos inquiridos, designadamente:

- **E4** “Traz-me companhia e distração”,
- **E10** “É bom para distrair”,
- **E12** “Porque me distrai e não me sinto tão só”,
- **E22** “Para distrair e socializar”,
- **E26** “Para distrair-me e tirar ferrugem à língua”.

A “companhia” foi também referenciada como uma das razões pelas quais o Centros de Convívio é importante, tendo sido referenciada 6 vezes pelos participantes como, por exemplo: **E14** “Não fico em casa sozinha. Fico convivendo com as pessoas, conversando e rindo” e **E30** “Pela companhia, distração e conversar com outras pessoas”.

A distração foi uma razão que não tinha sido mencionada nas razões de procura, juntamente com promoção da capacidade de cognitiva, referenciada por **E11** “Por causa do convívio e das atividades. As atividades são boas para distrair e para o cérebro.” Ainda tivemos respostas com grande ênfase nas relações de amizade como sendo razão pela qual o centro é importante. Veja-se a este propósito **E1** “Estimo as minhas amigas, estranho quando não as vejo” e **E28** “Dá-me alegria falar com as minhas amigas”.

Uma das razões que levam as pessoas a adquirir fidelização e vinculação às instituições de longa permanência é o valor das relações estabelecidas dentro da instituição. Pavão (2013) verificou que mais do que o lar em si, foi o *contexto* da instituição (atividades, serviços e relações) que determina a adaptação e o desejo de permanência no lar de longa permanência. É possível que nos centros de convívio o quadro se repita. Observámos no nosso estudo que o convívio e o entretenimento/distração são as principais razões de frequência.

Para comparar os dados obtidos ao nível das razões de procura e permanência no Centros de Convívio, fomos analisar as referências feitas à **solidão**. É de notar que as referências foram feitas maioritariamente à parte, durante a aplicação do questionário, tendo sido anotadas e posteriormente analisadas. As questões que mais levaram as pessoas a referirem sentirem-se sós, consistiu na questão da escala do bem-estar psicológico de Ryff, item 35 “Sinto-me, muitas vezes, só, porque tenho poucos amigos íntimos com quem partilhar as minhas preocupações”. No total podemos cotar que, 15 pessoas sentiam-se sós, como vemos nos conteúdos seguintes:

- **E1** “Vejo-me sozinha em casa então durmo de dia”,
- **E2** “(...) Antes (do centro) estava sozinho em casa”,
- **E4** “Queria ter mais amigos”,
- **E6** “Sinto-me só. Não tenho ninguém, não tenho mesmo”,
- **E12** “Sem o centro, não tenho mais nada”,
- **E15** “Não queria estar sozinha”,
- **E19** “(...) Apaloei-me [regionalismo micaelense] se não fosse o centro” (quando questionada se sente fazer parte da sua comunidade),
- **E26** “Mas o centro ajuda-me a deixar a solidão”.

Os sentimentos de solidão explicam a procura do centro e a alta incidência na busca do convívio, todavia, é possível observar, tanto pelos valores anteriores ao nível do bem-estar psicológico, como ao nível do que foi comentado acerca da solidão, que, apesar do centro surgir como uma solução para alguns dos seus utentes, nem todos usufruem de uma melhoria nos sentimentos de solidão e bem-estar psicológico. Tamai, Covas e Teixeira (2010) referem que o Centros de Convívio deverá desenvolver atividades que fomentem a interação com os outros. É esta busca de convívio e de interações em grupo que motivam a pessoa idosa a procurar o centro, quando a solidão é

mais intensa, o Centros de Convívio surge como uma solução a este problema (Tamai, Covas e Teixeira (2010).

Novo (2000) refere que o envelhecimento trás consigo o desafio da solidão, contudo a autora percebe a solidão numa perspetiva diferente. “Estar só, na velhice, é uma realidade e distingue-se do ser solitário ou do estar isolado” (Novo, 2000, p. 138-139). Assim sendo, segundo a autora, *estar solitário*, *isolado* ou *só* são três conceitos diferentes. Ser solitário, será um sentimento que a pessoa é capaz de viver em qualquer momento do ciclo de vida; o isolamento estará associado a condições ambientais da vida referente à proximidade dos outros. Novo (2000) associa o estar só às experiências de vida que são vividas em solidão, em que a pessoa será mais ou menos capaz de suportar “só”, com prazer ou sofrimento. “(...) [O] confronto inevitável com a solidão e o seu valor essencial, quando existe uma capacidade amadurecida de o indivíduo *estar só* consigo mesmo, com a possibilidade de elaboração interna das experiências pessoais” (Novo, 2000, p. 139). Nesta perspetiva, a pessoa pode procurar o Centros de Convívio, quando existe menor capacidade de suportar a solidão.

c) Satisfação com os serviços

Com o intuito de estudar os serviços disponíveis, questionámos quais as atividades desenvolvidas no centro e o que os participantes alterariam no Centros de Convívio, caso pudessem. Com isto esperávamos aprofundar os resultados sobre as atividades e o clima positivo desejado.

Conforme o gráfico 5, é possível observar que as atividades mais referidas pelos utentes são atividades que fomentam o convívio, nomeadamente o diálogo, as atividades de costura, jogos de mesa e atividades e jogos de treino cognitivo. Observou-se a existência de outras atividades ocupacionais e de estimulação cognitiva, como jogos de estimulação cognitiva, ginástica, terapia do riso e trabalhos manuais, tal como referem:

- **E5** “Conversar com amigas, ler o jornal, fazer ginástica. Venho para a ginástica e as atividades e jogos cognitivos”,
- **E11** “Fichas e jogos de palavras e contas”,
- **E15** “Ginástica, estimulação cognitiva”,
- **E12** “Alguns jogos, e cantar, dançar e terapia do riso.”

No entanto, os números de aderência a estas atividades foram reportados como sendo reduzidos pelos próprios idosos.



Gráfico 5 – Atividades desenvolvidas

Quanto ao que estes alterariam caso tivessem oportunidade, 12 dos participantes responderam não saber o que alterariam (considerados não respostas), enquanto 5 responderam que não alteravam nada (cf. Gráfico 6).

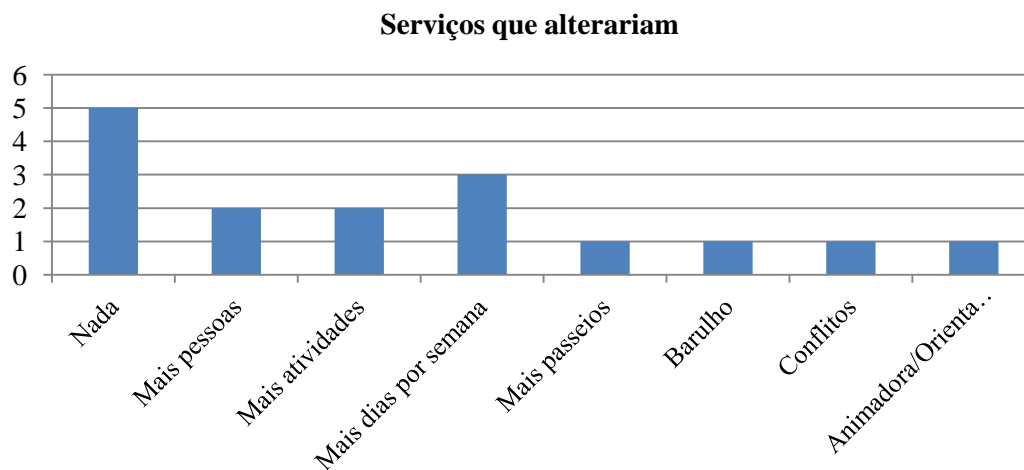


Gráfico 6 – Sugestões de alterações no Centros de Convívio

Uma das respostas mais importantes contudo ao nosso ver, foi a resposta fornecida por **E15**: “Mais atividades atraindo os idosos e uma orientadora a tempo inteiro e competente”. Esta resposta leva-nos a crer que, apesar de existirem atividades desenvolvidas por técnicos e animadores sociais com os utentes do centro, como atividades de estimulação cognitiva, os técnicos responsáveis por estas atividades não

estão a “tempo inteiro” a acompanhar os utentes do Centros de Convívio, lacuna que é sentida.

O número de atividades desempenhadas pela pessoa idosa relaciona-se positivamente com a dimensão propósito de vida do bem-estar psicológico (Pereira, 2012) e é muito importante a adequação das atividades às características próprias das pessoas, sem esquecer a sua história de vida, as suas habilitações, os seus interesses e as suas capacidades e limitações. Pereira (2012) observou que quantas mais atividades a pessoa idosa praticasse, melhor eram os seus níveis na dimensão propósito de vida (PV). Apesar destes resultados serem relacionados com as atividades de tempos livres, podem também ser associados às atividades do Centros de Convívio, pois Pavão (2013) observou que as atividades desenvolvidas nos lares de longa permanência era um dos fatores que auxiliavam a pessoa a melhor aceitar a permanência no lar. Assim, pode-se assumir que as pessoas que praticam um grupo mais diverso de atividades no Centros de Convívio irão ter maior bem-estar psicológico do que os restantes. Contudo, o que também se observou foi fraca motivação das pessoas em participarem nas atividades, muitas das quais se dedicam a nenhuma atividade (apenas ao diálogo) ou então apenas a um tipo de atividade específico (jogos de cartas), o que levanta a questão da programação e adequação das atividades.

Realçamos que dos três centros de convívio participantes neste trabalho, sómente um tinha uma assistente e psicóloga a funcionar a tempo inteiro. Consequentemente, certas áreas de ação são negligenciadas. Por outro lado, Zimmerman (2000) refere que a pessoa idosa muitas vezes evita atividades de treino cognitivo, com medo de ser confrontada com o seu próprio declínio e dificuldades, o que é mais um fator explicativo da recusa a atividades mais estimulantes.

Como vimos, o propósito do Centros de Convívio é fomentar a interação em grupo, a razão de procura principal do Centros de Convívio é a socialização. As relações interpessoais são parte integrante do bem-estar psicológico, mas para o completo bem-estar psicológico é necessária a relação com as restantes dimensões (Ryff, 1989). Assim sendo, quando o centro não promove outras atividades para além do convívio, ou então promove o convívio e interação em grupo sem um objetivo, pode falhar nas suas metas (Tamai, Covas & Teixeira, 2010).

Tratando-se de instituições dinâmicas abertas à comunidade, cuja frequência depende inteiramente dos seus utentes, a influência das entradas e saídas nos centros de convívio de utentes, as motivações dos seus utentes e as vivências de cada um pode

estar na origem destes resultados. Aqueles que estão há mais tempo no centro, devido a estarem habituados às entradas e saídas, poderão estar mais fechados a fazer novas amizades, ou a traçar novos laços, ao contrário dos que estão há menos tempo e estão procurando o convívio.

Muitas vezes os centros têm condições e serviços necessários para promover o bem-estar, contudo, muitos dos utentes servem-se de estereotípias para evitar as atividades que requeiram deles esforços (Ribeiro & Paúl, 2011) – usando o centro como um local para “passar tempo”, sem exercer qualquer influência na promoção do bem-estar psicológico da pessoa. Um exemplo disto, é a participante que refere só gostar de jogos de cartas e de mais nenhuma atividade desenvolvida, contudo afirma não haver atividades.

O conformismo e a baixa motivação, os papéis sociais e as crenças de desvalorização inerentes a este período, podem limitar os resultados em relação ao bem-estar psicológico e a frequência no centro.

Com estes resultados pudemos chegar à conclusão que apesar do seu serviço altamente benéfico à comunidade mais velha, os centros de convívio estudados de facto não são capazes de prestar todos os serviços necessários para a promoção do bem-estar. Duarte (2010) refere que para um serviço efetivo, o Centros de Convívio deve cobrir diversas áreas de ação: a educação física; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; nutrição; odontologia; serviço social; terapia ocupacional. Por diversas razões, muitas vezes exteriores à instituição, o centro poderá não ser capaz de fornecer todas estas áreas, pelo que disponibiliza apenas as mais prementes e mais pontuais, nomeadamente a educação física e a atividade ocupacional elementar.

O declínio é inerente a todo o processo de envelhecimento, e muitas vezes é difícil para a pessoa idosa admitir e reconhecer as suas dificuldades e limitações (Pinto et. al, 2001). Numa vertente, as estereotípias, as chamadas “desculpas”, surgem como um mecanismo de defesa que a pessoa idosa tem para evitar demonstrar as suas dificuldades e o declínio. Assim, a pessoa idosa evita as atividades que requeiram da mesma utilizar as áreas em declínio, evitando assim atividades e jogos que procuram a estimulação cognitiva (Zimerman, 2000). Esta poderá ser a causa do baixo envolvimento dos utentes em atividades de estimulação cognitiva.

Em suma, ao nível dos resultados quantitativos observamos médias no bem-estar psicológico e ao nível das dimensões aceitação pessoal, relações positivas com os outros, crescimento pessoal e propósito de vida valores próximos do ponto médio das suas subescalas. As subescalas de propósito de vida e relações positivas com os outros foram as que apresentaram médias mais baixas. Quanto à satisfação com a vida esta também apresentou valores próximos do ponto médio da escala.

Encontrou-se diferenças estatisticamente significativas entre:

- a) A dimensão relações positivas com os outros teve diferenças significativas ao nível do sexo – médias mais altas para o sexo feminino;
- b) O bem-estar psicológico e as dimensões crescimento pessoal e o propósito de vida apresentam diferenças significativas no estado civil, sendo que as médias mais baixas foram observadas no grupo dos solteiros.

Ao nível do Centros de Convívio encontrou-se relações:

- a) Positiva, entre o sentimento de satisfação com o Centros de Convívio e as dimensões aceitação pessoal e a satisfação com a vida;
- b) Negativa entre a frequência semanal e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida;
- c) Negativa entre a frequência semanal e as dimensões aceitação pessoal, relações positivas com os outros e propósito de vida.

Encontrou-se ainda relações estatisticamente significativas positivas entre:

- a) Satisfação com a vida com o bem-estar psicológico e as dimensões aceitação pessoal, relações positivas com os outros, crescimento pessoal e propósito de vida
- b) O bem-estar psicológico e a satisfação com a saúde, a situação económica, a vida social e a vida afetiva;
- c) A aceitação pessoal e a satisfação com a saúde, a satisfação com a situação económica, a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva;
- d) As relações positivas com os outros e a satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva;
- e) O crescimento pessoal e a satisfação com a saúde, satisfação com a situação económica, satisfação com a vida social e satisfação com a vida afetiva;
- f) O propósito com a vida e a satisfação com a situação económico, satisfação com a vida social e a satisfação com a vida afetiva;
- g) A satisfação com a vida e a satisfação com a situação económica e a satisfação com a vida afetiva.

Quanto aos resultados qualitativos, a principal razão de procura do Centros de Convívio consistiu na procura do convívio, sendo esta a mesma razão que fomenta a permanência das pessoas no Centros de Convívio.

Os centros proporcionam felicidade para a maioria dos seus utentes adultos e idosos. As atividades mais comuns consistem em atividades de convívio (conversar, jogar cartas e bordar) e, apesar de existirem atividades que procuram fomentar o bem-estar e a qualidade de vida (e.g. jogos de estimulação cognitiva, terapia do riso e ginástica), a referência a estas atividades é reduzida, podendo apontar para uma baixa aderência por parte dos utentes a estas atividades.

Capítulo 6 – Limitações e Implicações

6.1. Limitações do Estudo

Como qualquer outra investigação desta natureza, o nosso estudo não está isento de falhas. Apesar de termos procurado agir com rigor metodológico e mantermos a nossa investigação bem fundamentada, encontramos no desenvolvimento da nossa investigação limitações, que, em seguida, apresentamos.

Uma das limitações que tivemos no estudo foi na revisão de literatura. A quantidade de estudos que se centram nos centros de convívio é limitada, pelo que encontrar fontes fidedignas que focassem a avaliação de necessidades de centros de convívio ou estudos que caracterizasse a população que os frequenta se mostrou difícil, complicando a comparação com estudos posteriores. A literatura da análise do bem-estar psicológico na população idosa incide principalmente ao nível de instituições de longa permanência ou pessoas que não estão em situação de acolhimento. O Centros de Convívio é um contexto recente de investigação ao nível do bem-estar psicológico na velhice.

A segunda limitação ocorreu ao nível dos nossos objetivos, dado que inicialmente era nosso propósito fazer um estudo comparativo, que permitisse cruzar resultados de populações que frequentassem o Centros de Convívio com outras que não frequentassem o Centros de Convívio. Contudo, devido a limitações de tempo, chegámos à conclusão que não seria possível fazer este estudo com esta população.

Outra limitação prendeu-se com a baixa aderência dos utentes dos centros de convívio selecionados em colaborarem com o nosso estudo. Apesar das equipas técnicas responsáveis pelos centros nos terem permitido aplicar os instrumentos aos utentes, grande parte deles não aceitaram participar, algo que compreendemos e respeitamos, contudo, limita seriamente a representatividade da amostra. Assim, a nossa amostra foi reduzida ($N = 30$) o que torna a generalização das nossas conclusões para a população geral pouco aconselhável.

A baixa motivação das pessoas idosas para participarem e colaborarem em estudos desta natureza, fruto de diferentes fatores entre os quais, as próprias dificuldades funcionais das pessoas idosos. Os utentes demonstraram baixa colaboração e motivação não só para colaborar na investigação como, nos próprios centros, em participar nas atividades desenvolvidas. A baixa motivação dos participantes limita na busca e na recolha de informação que seria essencial para desenvolver as investigações necessários sobre esta população.

6.2. Implicações do Estudo

Além de fornecer importante informação no contexto das pessoas adultas em idade avançada que procuram a resposta comunitária dos centros de convívio, este estudo também permitiu compreender o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida neste contexto. Foi possível averiguar os motivos que levam uma determinada amostra a recorrer a uma instituição de convívio, onde existe o pressuposto de autonomia desta população e onde se espera que existe uma maior dinâmica entre os membros. Os resultados também demonstraram que num ambiente onde à partida se espera um melhor bem-estar psicológico, não é isto que se verifica, alterando assim crenças e ideias pré-concebidas e podendo deste modo motivar a investigar e intervir mais neste contexto.

Esperamos assim, que com o nosso estudo, o interesse por investigar este contexto específico – Centros de Convívio para pessoas idosas – não só permita melhor se perceber o funcionamento destas instituições, como, também identificar as suas limitações e necessidades para que, no futuro, sejamos capazes de fomentar o bem-estar e satisfação daqueles que procuram os seus serviços.

Consideramos que abranger o estudo do bem-estar psicológico a todos os contextos de ação na população idosa, não só produz conhecimento, como possibilita a criação de novos programas e serviços nestas instituições e que melhoram a ação.

O papel do Psicólogo Comunitário deverá assim não só iniciar a investigação e diagnóstico deste novo contexto, como fomentar a intervenção e a promoção do envelhecimento ativo e do bem-estar no contexto do Centros de Convívio. Fomentar a motivação da população que procura os centros de convívio, e desenvolver os serviços por estas instituições oferecidos direcionando-os para a promoção do bem-estar e para a motivação e busca de um envelhecimento ativo. Esta deverá ser uma das vertentes onde psicologia comunitária deverá incidir no século XXI.

O que observamos é que a procura pelo convívio e socialização, assim como o bem-estar e realização de atividades são os principais motivos pelos quais a pessoa frequenta este tipo de instituição. Contudo, os nossos resultados apontaram que, a longo prazo a instituição não é passível de fomentar e fornecer os serviços que se propõe, o que levanta novas questões. Observa-se que com o tempo de frequência nos centros de convívio, os valores das subescalas das dimensões do bem-estar psicológico tendem a diminuir principalmente na subescala de relações positivas com os outros.

Identificamos como possíveis causas destes resultados três fatores: a) ausência de psicólogos especializados ou sem formação em psicogerontologia; b) baixa formação dos colaboradores responsáveis pela animação e acompanhamento dos utentes do centro; c) baixa motivação dos próprios utentes para a ação e atividade dentro do centro. O que observamos por experiência pessoal de estágio num Centros de Convívio, assim como por observação dos centros de convívio onde realizámos a investigação foi que as pessoas que frequentavam estes centros apresentavam muito baixa motivação e colaboração para as atividades desenvolvidas. Além disso, observámos que, por exemplo, apenas um dos centros tinha um psicólogo a tempo inteiro (mas com grande sobrecarga de funções administrativas). Os restantes centros não tinham uma programação mensal de atividades, igualmente, nenhum dos três centros tinha animadora a tempo inteiro, sendo que colaboradores com baixa formação (ou os próprios utentes) que ficavam encarregues de desenvolver atividades com os utentes. Não basta entreter pessoas idosas para o desejado envelhecimento saudável e ativo, é preciso estimular com base numa avaliação neuropsicológica.

Os três centros que seleccionámos, não contam com o papel de um animador social ou de um programa de terapia ocupacional a tempo inteiro. A terapia ocupacional não só desenvolve fontes de “entretenimento” para a pessoa idosa, como direciona estas atividades para um objetivo previamente organizado com a ajuda da psicóloga, assistente social e/ou animadora social.

Estes factos trazem implicações para a área comunitária, que deverá incidir assim nestes dois níveis importantes de ação. A psicologia comunitária deverá então procurar formas de fomentar a formação dos colaboradores destes centros de convívio para fomentar atividades de estimulação cognitiva e socio recreativas que fomentem o bem-estar psicológico, a atividade física e a socialização dos utentes. Como referem Tamai, Covas & Teixeira (2010), a estimulação cognitiva e as atividades socio recreativas deverão incidir nos utentes do centro como um grupo que procura por sua própria iniciativa a atividade e o bem-estar, e assim fomentar a atividade em grupo de forma a fomentar a socialização e as relações.

Outra área de onde dever-se-á incidir deverá ser então na promoção da motivação dos utentes dos centros de convívio. Como observámos as atividades de estimulação cognitiva, de ginástica e socio recreativas existem em alguns dos centros de convívio, o que se observa é uma baixa motivação dos utentes para participarem nestas. A baixa motivação e o recorrer a estereótipos resultam muitas vezes do medo da pessoa

revelar que estão começando a surgir dificuldades (Zimmerman, 2000). Assim deverá ser fomentada a motivação com as pessoas idosas, assim como desmistificados estes medos e estas dificuldades que possam surgir.

Existem implicações a nível dos instrumentos utilizados. Seria importante haver uma revisão extensa destes mesmos para a população muito idosa e para aqueles com baixo grau de escolaridade. Escalas como a escala do bem-estar psicológico (EBEP) de Ryff na sua versão completa são escalas muito extensas e de difícil compreensão para pessoas muito idosas ou com baixa escolaridade. Observámos que muitos idosos com mais de 75 anos, ou que, com menos idade, mas com baixa escolaridade, tinham dificuldades em perceber alguns itens da EBEP, o que dificultou a recolha de dados. Igualmente, traduzir para o português as versões reduzidas da EBEP, nomeadamente a versão de 18 itens, seria uma mais-valia para esta população dada a simplicidade das escalas reduzidas.

Seria igualmente importante desenvolver um programa de diagnóstico e identificação de necessidades nos centros de convívio da região, de modo a não só identificar limitações, como também, desenvolver soluções que façam destas instituições, instituições de relevo e importância na promoção do bem-estar, da prevenção e da promoção de saúde e qualidade de vida.

Esperamos que, com este estudo, tenhamos dado os primeiros passos num novo contexto da investigação no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida na idade avançada.

Quanto ao nível de investigação, durante o nosso estudo surgiu-nos algumas questões que não fomos capazes de responder, pelo que deixamos estas para futuras investigações:

- a) Porque diminui o bem-estar psicológico com o aumento do tempo em que a pessoa frequenta a instituição “Centros de Convívio”?
- b) Que razões levam a que a pessoa idosa se sinta pouca motivada a participar nas atividades?
- c) Como fomentar o bem-estar e a qualidade de vida na população do Centros de Convívio?

Esperamos que investigações futuras tragam respostas a estas questões assim como incidam nas áreas da motivação dos utentes, da formação de colaboradores dos centros de convívio e na promoção de atividades socio recreativas.

Conclusão

O envelhecimento da população é algo irreversível e inevitável, pelo que desenvolver métodos e alternativas para fornecer resposta a esta população deverá ser uma das prioridades dos poderes políticos. Portugal é um dos países cuja população está a envelhecer de forma considerável, e para a qual é necessário desenvolver respostas sociais que fomentem o envelhecimento ativo com qualidade e saúde.

Atualmente, considera-se pessoa idosa a que atinge os 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos nos países em desenvolvimento. Contudo, só por si, a categorização etária não é o suficiente para explicar o processo de envelhecimento. O processo de envelhecer é pautado por mudanças físicas, emocionais, comportamentais, sociais e cognitivas, marcado por perdas e ganhos (Parente & Wagner, 2006). As perdas surgem ao nível do declínio de funções, das perdas de papel social e das perdas relacionais, mas também surgem ganhos como a sabedoria, o raciocínio e a identidade (Parente *et al.*, 2006). No entanto, a imagem estereotipada da pessoa idosa, doente, inútil e lenta ainda permanece na mentalidade da sociedade e, muitas vezes, da própria pessoa idosa e de sua família (Zimerman, 2000; Lima & Murai, 2005). É quase como se, juntamente com os 65 anos, viesse associada uma noção de que a partir deste momento a pessoa “já tem idade para ser velho” e, portanto, a sua utilidade para a sociedade finalizou com a entrada na reforma. É esta construção social que Zimerman (2000) e Medeiros (2013b) afirmam que deve ser alterada, que este período não é o final da vida da pessoa, apenas, um novo período para continuar o desenvolvimento, experimentar novas aprendizagens e experiências e adaptar-se às mudanças.

Promover o envelhecimento ativo poderá ser a solução. O envelhecimento ativo implica a otimização das oportunidades e adaptação às mudanças de vida (OMS, 2011). O envelhecimento ativo implica saúde, participação e a segurança, o que evidência o bem-estar, a qualidade de vida, assim como, a satisfação com a vida e uma adaptação à idade. Para atingi-lo é necessário que a pessoa idosa tenha uma vida ativa, com prática de atividade física, estimulação social e treino cognitivo, saúde física e mental, interação com os outros e participação social, nutrição saudável, cuidado com a saúde oral, a prevenção de acidentes e quedas, uma sexualidade saudável, o reconhecimento do direito ao afeto, ao respeito e à dignidade (Ribeiro & Paúl, 2011).

O bem-estar psicológico é um dos pilares do envelhecimento ativo. Neste existe uma relação entre as aspirações e as realizações, os afetos positivos e negativos e a felicidade (Ryff, 1989).

Desenvolvido por Ryff, em 1989, o Modelo de Bem-Estar Psicológico procura elaborar este conceito de acordo com as competências do *self*, com a satisfação e o afeto, procurando a excelência do *self*, a autoatualização e a satisfação com a vida. Este modelo é composto por seis dimensões: a autonomia, o propósito de vida, o domínio do ambiente, o crescimento pessoal, a aceitação pessoal e as relações positivas com os outros (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1996; Queros & Neri, 2005; Machado, 2010; Pereira, 2012; Pereira & Medeiros, 2014).

Para fomentar o envelhecimento, procurar a qualidade de vida e garantir o bem-estar, surgem então as instituições que acolhem pessoas idosas autónomas como os centros de convívio. Os centros de convívio são espaços onde são organizadas e desenvolvidas atividades socioculturais com o intuito de fomentar a socialização, a aprendizagem e estimulação sociocognitiva da pessoa idosa (Duarte, 2010).

De acordo com os nossos objetivos, numa amostra de 30 participantes de 3 centros de convívio do concelho de Ponta Delgada (Açores – Portugal), chegámos à conclusão que o tempo de frequência de uma instituição de convívio de idosos (frequência semanal) exerce influência significativa sobre o bem-estar psicológico e as dimensões relações positivas com os outros, propósito de vida e aceitação pessoal, assim como na satisfação com a vida, sendo que os que frequentam mais dias por semana têm valores menores nestas variáveis. Esta amostra, ao contrário do esperado, apresenta valores nas dimensões do bem-estar psicológico próximos do ponto médio, que não parecem ser melhorados pela frequência no centro. Estes resultados vão na direção dos obtidos por Pereira em 2012, que verificou também que a instituição de longa permanência não exercia influência significativa sobre os valores de bem-estar psicológico.

Observamos níveis médios nas dimensões e variáveis relacionadas com as relações interpessoais (satisfação com a vida social e vida afetiva e dimensão de relações positivas com os outros). Apesar destes resultados poderem estar relacionados com as razões de procura dos centros de convívio, realçamos que resultados médios foram observados também, naqueles que frequentavam o centro há mais tempo, pelo que podemos concluir que a frequência no centro poderá não ter melhorado estados iniciais de baixa qualidade de relações.

Acrescente-se que a principal razão de procura dos centros de convívio foi o convívio, que também foi apontada como uma das razões de permanência. Quanto à satisfação com o centro, metade da amostra referiu sentir-se feliz com a frequência no centro, no entanto 9 pessoas referiram que lhes era indiferente a frequência no centro, e 6 que lhes fazia muito felizes. Este sentimento em relação ao centro relaciona-se com a dimensão aceitação pessoal e com a satisfação com a vida, bem como com o sentimento de pertença. A grande maioria dos utentes apontou o Centros de Convívio como local importante para a promoção do convívio e combate à solidão.

Com o envelhecimento surge o declínio e as primeiras dificuldades em atividades que outrora a pessoa fazia bem. Admitir a existência e reconhecer estas atividades às vezes é difícil para a pessoa idosa. Zimmerman (2000) refere que a pessoa idosa muitas vezes evita certas atividades e oportunidades com medo de demonstrar as suas limitações, muitas vezes servindo-se de estereotípias como “já não tenho idade”, motivo que serve para evitar estas atividades.

Anteriormente à reforma, a pessoa estava habituada a uma rotina centrada na carreira, com a reforma, surge tempo que outrora a pessoa dedicava ao trabalho. Este tempo de lazer, muitas vezes é de difícil adaptação para a pessoa idosa, pelo que os autores referem que muitas vezes a pessoa idosa tem de aprender a ter lazer novamente (Tamai, Covas & Teixeira, 2010). Facto que poderá fazer com que pessoa evite o lazer, pois não é aquilo que está habituada, ou que faz parte da sua rotina.

Em suma, o que se torna mais importante é a mudança da conceção da velhice, uma educação para o envelhecimento ativo, e fomentar a motivação e a reaprendizagem do lazer. Mudar as conceções negativas para uma conceção em que a idade avançada não significa o fim, não significa parar, não significa incapacidades, doenças e limitações. A imagem da idosa vestida de preto, que reduziu a sua vida a ficar sentada na cadeira de balanço esperando a hora, é uma imagem antiquada, obsoleta de uma imagem que não é o padrão.

A pessoa idosa ainda pode aprender e desenvolver-se. Os centros de convívio e todas as instituições de envelhecimento têm de se tornar locais em que esta mudança de mentalidade ocorra. Estes locais são espaços privilegiados para isto, pois a sua natureza dinâmica permite integrar esta mudança de cognições, a par de um clima institucional com atividades que fomentem o bem-estar.

A pessoa procura estas instituições de convívio em busca de uma necessidade de convívio, atividades socio recreativas, atividade física, passeios e treino cognitivo. A

instituição deve desenvolver métodos para garantir que estes serviços sejam de qualidade e, para que tal aconteça, a formação dos seus funcionários e colaboradores é importante para que estas instituições possam intervir adequadamente nesta população.

Assim, a participação das pessoas e promoção da motivação e da busca do próprio idoso de mais e melhores oportunidades deverão ser prioridades. Programas e projetos como as UTIS e os cursos universitários para seniores (como o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores) já deram um passo na mudança da imagem da pessoa idosa como alguém que não aprende, ao demonstrar que a pessoa é capaz de aprender em qualquer idade. Os centros de convívio também já fornecem uma resposta às necessidades de socialização e contribuem para a prevenção da depressão, do isolamento e da solidão da pessoa idosa. O próximo passo é fomentar a atividade e sobretudo fomentar a motivação para a aprendizagem, a autoatualização e a procura contínua de uma melhor qualidade de vida, de mais conhecimento e informação e de um desenvolvimento multidimensional até ao fim do ciclo vital.

Os poderes políticos, os serviços públicos e a própria sociedade têm de intervir de modo a garantir que estas instituições – Centros de Convívio para pessoas idosas – se tornem locais onde o bem-estar e a qualidade de vida sejam promovidos, a fim de não se tornarem numa nova forma de “depósito”/“asilo” para pessoas idosas.

Bibliografia

- Albarelo, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-George, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Albuquerque, F., Sousa, F., & Martins, C. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, 41 (1), 85-92.
- Alferes, V. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. (2012). *As universidades da terceira idade: Novas aprendizagens ou centros de convívio*. Lisboa: Dissertação de Mestrado – Universidade Nova de Lisboa.
- Baltes, P. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp. 7-26). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brandão, L., Wagner, G., & Carthery-Goulart, M. (2006). Disfunções cognitivas na demência do tipo Alzheimer (DTA). In M. Parente & colaboradores, *Cognição e Envelhecimento* (pp. 225-238). São Paulo: Artmed Editora.
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 611-614.
- CENSOS (2011). *Resultados Temporários, XV Recenseamento Geral da População. Edição 2011*. Estatísticas Oficiais.
- Cheng, S., & Chan, A. (2005). Measuring psychological well-being in the Chinese. *Personality and Individual Differences*, 38 (6), 1307-1316.
- Covita, H. (2002). Aprendizagem ao longo da vida. *Análise Psicológica*, 20 (3), 337-357.

- Demakakos, P., Hacker, E., & Gjonça, E. (2007). Age identity, age perceptions, and health: Evidence from the English longitudinal study of ageing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114 (1), 279-287.
- Depp, C., & Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Depp, C., & Jeste, D. (2009). Definitions and predictors of successful aging: Comprehensive review of larger quantitative studies. *The journal of lifelong learning in psychiatry*, 7 (1), 137-150.
- Dias, R., Salvador, E., & Cucato, G. (2010). O enfoque na educação física. In M. Domingos & N. Lemos, *Gerontologia: Os desafios nos diversos cenários da atenção* (pp. 3-10). São Paulo: Editora Manole.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (1), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dierendonck, D., Díaz, D., Rodriguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87 (3), 473-479.
- Domingos, M., & Lemos, N. (2010). *Gerontologia: Os desafios nos diversos cenários da atenção*. São Paulo: Editora Manole.
- Duarte, Y. (2010). Atenção ao idoso em centros de convivência. In M. Domingos & N. Lemo. *Gerontologia: Os desafios nos diversos cenários da atenção* (p. 1). São Paulo: Editora Manole.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: Norton.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36 (1), 39-52.
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. 2 (pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.
- Freitas, V., & Py, L. (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª ed., pp. 3-13). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan L.tda.

- Glass, T. (2003). Assessing the success of successful aging. *Annals Internal Medicine*, 139 (1), 382-383.
- Guedea, M., Albuquerque, F., Trócoli, B., Noriaga, J., Seabra, M., & Guedea, J. (2006). Relação do bem-estar subjetivo: Estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Hess, M., & Dikken, J. (2010). The association between ageism and subjective age of older people in Europe. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*, 2 (1), 99-109.
- Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2012). Assessing subjective age and adjustment to aging in a portuguese and german older population: A comparative multiple correspondance analysis. *International Journal of Psychological Studies*, 4 (2), 141-153.
- Kahn, R. (2002). On successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42 (6), 725-726.
- Keong, A. (2010). *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas*. Lisboa: Dissertação de Mestrado – Universidade de Lisboa.
- Kieling, C., Gonçalves, R., & Chaves, M. (2006). Bases biológicas do envelhecimento cognitivo. In M. Parente et al., *Cognição e Envelhecimento* (pp. 47-62). São Paulo: Artmed Editora.
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health e Medicine*, 14 (2), 220-226.
- Lima, J. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista portuguesa de pedagogia*, 47 (1), 7-29.
- Lima, C., & Murai, H. (2005). Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. *Revista de Enfermagem UNISA*, 6 (1), 15-22.
- Lupien, S., & Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London b. Biological Sciences*, 359 (1449), 1413-1426.
- Machado, W. (2010). Escala de bem-estar psicológico: Adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Madeira, J. (2013) Pensar no ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre as gerações. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 23-28). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.

- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of psychosomatic research*, 69 (1), 69-79.
- Medeiros, T. (2013a). Integration of seniors in the society: The experience of Azores (Portugal). In *Enjoy learning in a happy life old-age education and silver-haired tourism* (pp. 2-18 e 29-52). China, Guangzhou.
- Medeiros, T. (2013b). Desafios do(s) envelhecimento(s). In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 29-46). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Medeiros, T., & Ferreira, J. (2011). Do bem-estar psicológico ao envelhecimento bem-sucedido. Comunicação apresentada no *IV Congresso Internacional Envelhecimento(s) e Qualidade de Vida*, Universidade dos Açores, 3-5 nov.
- Medeiros, T., Ribeiro, C., Miúdo, B., & Fialho, A. (Coord.) (2013). *Envelhecer e Conviver*. Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Medina, A. (2010). A relação Eu-Outro – trabalho sobre dois questionários com utilidade clínica. In *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, 4-6 fev.
- Melo, C. (2014). *Bem-estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas*. Ponta Delgada: Dissertação de Mestrado – Universidade dos Açores, Portugal.
- Morais, A., & Neves, I. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20 (2), 75-104.
- Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., Motta, L., & Italian Multicenter Study on Centenarians (ImuSCE). (2005). Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40 (3), 241-251
- Neri, A. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo: Papirus.
- Neri, A. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro. Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri, *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). São Paulo: Papirus.
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en la América latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1), 55-74.

- Nóbrega, F. (2015). *Bullying, envolvimento parental e percurso curricular: Um estudo com alunos do 3º ciclo numa escola rural da Região Autónoma da Madeira*. Funchal: Dissertação de Mestrado – Universidade da Madeira.
- Novo, R. (2000). *Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Dissertação de Doutoramento – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Nunes, L. (2009). *Promoção do bem-estar subjectivo dos idosos através da intergeracionalidade*. Coimbra: Dissertação de Mestrado – Universidade de Coimbra.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Edição Alto Comissariado da Saúde.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária. Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3 (XV), pp. 375-388
- Parente, M., & colaboradores (2006). *Cognição e Envelhecimento*. São Paulo: Artmed Editora.
- Parente, M., & Wagner, G. (2006). Teorias abrangentes sobre envelhecimento cognitivo. In M. Parente & colaboradores, *Cognição e Envelhecimento* (pp. 31-46). São Paulo: Artmed Editora.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I, & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores
- Pavão, S. (2013). *A Identidade com o lugar de pessoas idosas institucionalizadas: Um estudo exploratório realizado em dois lares da ilha Terceira (Açores)*. Angra do Heroísmo: Dissertação de Mestrado – Universidade dos Açores.
- Pereira, C. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo*. Ponta Delgada: Dissertação de Mestrado – Universidade dos Açores.
- Pereira, C. S., & Medeiros, T. (2014). Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo, & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (cap. 15; pp. 223-246; 2ª ed.). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.

- Phelan, E., & Larson, E. (2002). "Successful aging": Where next?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (7), 1306-1308.
- Phelan, E., Anderson, L., LaCroix, A., & Larson, E. (2004). Older adults' views of "successful aging": How do they compare with researchers' definition? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (2), 211-216.
- Pinto, A., Rosa, M., Rendas, A., Botelho, M., Santos, A., Grazina, M., Bom, A., Veríssimo, M., Viera, A., & Pinto, M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, M. (2003). As universidades da terceira idade em Portugal: Das origens aos novos desafios do futuro. *Linguas e Literaturas*, 20 (11), 467-478.
- Queroz, N., & Neri, A. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.
- Ramos, L. A., Paixão, M. P., & Simões, M. F. (2011). Os mecanismos sociocognitivos e o bem-estar psicológico: Proposta de um modelo integrativo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45 (2), 133-147.
- Ribeiro, C. (2013). As bases biológicas do envelhecimento humano. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 193-212). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Riley, M., & Riley, J. Jr. (1994). Age integration and the lives of older people. *The Gerontologist*, 34 (1), 110-115.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful (physiological changes associated with aging). *Science*, 237, 143-147.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Essex, M. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology in Geriatrics*, 11, 144-171.

- Ryff, C., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65 (1), 14-23.
- Ryff, C., & Singer, B. (2006). Best news yet in the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35 (4), 1103-1119.
- Santos, S. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63 (6), 1035-1039.
- Schaefer, M., & Shippee, T. (2010). Age identity, gender and perceptions of decline: Does feeling older lead to pessimistic dispositions about cognitive aging?. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (1), 91-92.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Porto: Dissertação de Mestrado – Universidade Fernando Pessoa.
- Soares, L. (2010). O enfoque na fonoaudiologia. In M. Domingos & N. Lemos. *Gerontologia: Os desafios nos diversos cenários da atenção* (1ª ed., pp. 19-31). São Paulo: Editora Manole.
- Springer, K., & Hauser, R. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research*, 35 (1), 1-52.
- Springer, K., & Hauser, R. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40 (1), 392-393.
- Stephen, J., & Demulier, V. (2012). Personality, self-rated health and subjective age in a life-span sample: The moderating role of chronological age. *Psychology and Aging*, 27 (4), 875-880.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, lda.
- Tamai, S., Covas, C., & Teixeira, E. (2010). O enfoque na terapia ocupacional. In M. Domingos & N. Lemo (Eds.), *Gerontologia: Os desafios nos diversos cenários da atenção* (pp.70-87). São Paulo: Editora Manole.
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: Uma meta no curso da vida. *Psicologia*, 19 (1), 81-94.

- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Medica Portuguesa*, 22 (1), 89-98.
- Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*, 19 (1), 33-51.
- Trentini, C., Xavier, F., & Fleck, M. (2006). Qualidade de vida em idosos. In M. Parente & colaboradores, *Cognição e envelhecimento* (pp. 19-30). São Paulo: Artmed Editora.
- Vaz, E. (1998). Mais idade e menos cidadania. *Análise Psicológica*, 16 (4), 621-633.
- Wagner, G., Brandão, L., & Parente, M. (2006). Disfunções cognitivas no declínio cognitivo leve. In M. Parente & colaboradores, *Cognição e envelhecimento* (pp. 225-238). São Paulo: Artmed Editora.
- Warr, P., Butcher, V., Robertson, I., & Callinan, M. (2004). Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference. *British journal of psychology*, 95 (1), 297-324.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing – A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global health and ageing*. Geneva: National Institute on Aging, National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Anexos

Anexo 1 – Instrumentos



QUESTIONÁRIO - Investigação Bem-estar e Qualidade dos idosos

Concelho: _____ Quest. N.º | ____ |
____ | ____ |

Nome do entrevistado: -----

Telefone (para o caso de revelar sentir dor) _____

Investigação sobre Bem-estar e Qualidade de Vida nos Açores (Idosos que frequentam o Centro de Dia/Centros de Convívio)

O presente Questionário destina-se à recolha de informação relativamente às pessoas em idade avançada na RAA.

Toda a informação recolhida é estritamente anónima e confidencial. As suas declarações e opiniões são importantes para conhecermos o seu grau de Bem-estar e Qualidade de Vida.

A sua colaboração é fundamental para compreensão e melhoramento do Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida, pelo que agradecemos a sinceridade e precisão nas respostas às questões que lhe forem colocadas.

I. DADOS BIOGRAFICOS

1 - Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐ 2 – Data de nascimento (dia/mês/ano) | ____ | ____ |
____ | ____ |

3 - Estado civil atual?

Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado/Separado ☐ União de facto ☐

Viúvo/viúva ☐

4 - Tem filhos? Sim ☐ Não ☐

Se Sim. 4.1 - Nº de filhos(as): | ____ | ____ | → 4.2 - Destes quantos estão casados (as)
| ____ | ____ |

4.3 - Quantos filhos residem próximos de si? | ____ | ____ | 4.4 - Quantos o(a) visitam pelo menos uma

vez por mês | ____ | ____ |

4.5 - Nº de netos(as): | ____ | ____ | → 4.6 - Destes quantos estão casados (as) | ____ | ____ |

5 – Onde vive (cidade, vila ou freguesia)? _____

6 - Pessoa com quem vive:

1. Vive sozinho(a) ☐
2. Com o marido/esposa/companheira(o) ☐
3. Marido, filhos e netos ☐
4. Com filhos ☐
5. Com outras pessoas familiares (irmãos, cunhados, noras, ☐
6. Com amigos ☐
7. Outra situação. ☐

7 - Há quanto tempo se encontra na situação de aposentado(a) / reformado(a)?

__ | __ | anos | e meses | __ | __ |

8 - Actividade Profissional ou ocupação no Activo ou antes da situação de reforma ou de aposentação?

Diga-nos, por favor, o que

fazia: _____

9 - Que nível de Ensino ou de escolaridade possui? E o do cônjuge ou companheiro (caso exista)?

Nível de Ensino do entrevistado

1. Não lê/nem escreve
2. Lê e escreve s/ frequência escolar
3. Ensino básico ou primário
4. Ciclo preparatório (antigo 2º ano)
5. Ensino unificado (9º, antigo 5º ano)
6. Ensino complementar (10º 12º, 7º
7. Ensino médio/bacharelato
8. Ensino superior

Nível de Ensino do cônjuge ou parceiro

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Não lê/nem escreve | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. Lê e escreve s/ frequência | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. Ensino básico ou primário | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 4. Ciclo preparatório (antigo 2º ano) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 5. Ensino unificado (9º, antigo 5º) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. Ensino complementar (10º 12º, 7º | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 7. Ensino médio/bacharelato | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 8. Ensino superior | <input type="checkbox"/> |

10 – O seu cônjuge ou pessoa com quem vivia está no Ativo? Sim ☐ Não ☐

Se escolheu Não:

1. Aposentado com autonomia ☐
2. Aposentado com pouca autonomia ☐
3. Aposentado e dependente (acamado) ☐
4. Internado ☐
5. Outra situação. ☐

11 - Qual considera ser o seu grau de satisfação com a profissão ou atividade que teve?

Muito baixo	Baixo	Mais ou menos	Elevado	Muito Elevado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 - Indique-nos, por favor, que grau de satisfação lhe proporcionou a passagem à situação de reformado/aposentado(a)?

Nada	Pouco	Mais ou	Relativa/	Muito
------	-------	---------	-----------	-------

	Satisfeito	Satisfeito	menos	Satisfeito	Satisfeito
1. Passagem à reforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Primeiros 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Primeiro ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centro de Dia/Centros de Convívio

13. Qual o Centro que frequenta _____

14. Há quanto tempo (em meses/anos)? _____

15. Quantas vezes frequenta

1. todos os dias ☐2. três vezes por semana ☐3. duas vezes por semana....☐.4. uma vez por semana ☐5. Outra situação. ☐ Qual? _____

16. Quantas horas em média permanece de cada vez que frequenta?-----h

17. Para si é importante frequentar o centro de dia? Sim ☐ Não☐. Porquê?
_____18. Quando vem ao Centro sente-se: muito feliz ☐ feliz ☐ nem feliz nem triste ☐
triste ☐

19. Quais os principais motivos que o levam a frequentar o Centro (colocar por ordem de preferência sendo 1 o mais importante e assim sucessivamente)

1 Conviver ☐2. Aprender☐3. Passear ☐4. Para se sentir acompanhado ☐5. Sentir-se dentro/pertença da sua comunidade ☐6. Porque os filhos/familiares querem ☐7. Porque o médico mandou ☐

. 8. Outro . Qual? ? _____

20. Quais as atividades que realiza habitualmente?
_____21. Das atividades que faz, quais as que mais gosta

22. O que é que menos gosta no Centro? _____

23. Se pudesse mudava alguma coisa no Centro? Sim ☐ Não☐. Porquê?**II. ENVELHECIMENTO SUBJETIVO**24 - Em seu entender, em termos de idade, quando é que considera que uma pessoa envelhece (*faça um círculo na situação adequada*)?

Desde o nascimento | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | >80
| Nunca

25 - Independentemente da idade que tem, que idade que se atribui a si próprio(a)?
[__I__]

26 - Qual a idade que acha que os outros normalmente lhe atribuem? [__I__]

27 – O(A) senhor(a) sente-se idoso(a)?

Se sim,

Porquê? _____

—

Se não,

Porquê? _____

—

27.1 - No seu caso, qual é palavra mais adequada para o qualificar?

|Velho(a)|, |Idoso(a)|, |Pessoa idosa|, |Adulto com idade avançada|, |Sénior|, |Ancião|,
|Outra expressão|

Qual? _____

27.2. Em que período da sua vida é que acha que está?

|Adultez|, |Velhice|, |Adultez em idade avançada|, |3ª idade|, |4ª idade|

Outro. Qual? _____

28 - Em poucas palavras, o que é para o(a) senhor(a) uma boa velhice _____

III: SATISFAÇÃO COM A VIDA

29 - Qual o seu grau de satisfação com as diferentes dimensões da sua vida pessoal?

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Indiferente	Relativa/ Satisfeito	Muito Satisfeito
1. Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Situação Económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vida Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vida Afetiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30- Satisfação com a vida (SWLS)

Discordo
Muito

Discordo
Pouco

Nem C/
Nem Disc

Concordo
Um pouco

Concordo
Muito

1. A minha vida parece-se, em
quase tudo, com o que eu

desejaria que ela fosse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
2. As minhas condições de vida são muito boas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
3. Estou satisfeito com a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Omitida parte do questionário por não utilização na corrente investigação)

V - BEM-ESTAR PSICOLOGICO

32 -As frases, seguintes, dizem respeito à maneira como as pessoas costumam comportar-se, nas circunstâncias da sua vida. Para dar a sua resposta, basta fazer uma cruz (X), dentro de uma das casas, que se encontram, à frente de cada frase, às quais se encontra associada a seguinte codificação: 1 - *completamente em desacordo*, 2- *moderadamente em desacordo*, 3 - *ligeiramente em desacordo*, 4 - *ligeiramente em acordo*, 5 - *moderadamente de acordo* e 6 - *completamente de acordo*.

Questões	1	2	3	4	5	6
1 - Dá-me prazer conversar com as pessoas e trocar impressões com familiares e amigos.						
2 - Os objetivos (planos) da minha vida têm sido para mim mais uma fonte de satisfação que de frustração (desilusão).						
3 - O meu passado teve os seus altos e baixos, mas, de um modo geral, não desejaria mudá-lo.						
4 - É importante para mim dar toda a atenção aos meus amigos íntimos, quando me falam dos seus problemas.						
5 - As minhas atividades do dia-a-dia parecem-me, muitas vezes, banais e sem importância.						
6 - Eu não sou daquelas pessoas, que vagueiam, sem rumo (sem orientação), pela vida.						
7 - Não desejo procurar novas formas de vida: a minha vida está muito bem, assim (como ela está).						
8 - Há muito que eu desisti de tentar melhorar ou fazer grandes						

mudanças, na minha vida.						
9 - Tenho inveja da vida, que muita gente leva.						
10 - Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.						
11 - Às vezes, tenho a impressão de ter feito tudo o que há a fazer na vida.						
12 - Tem sido difícil e desencorajante para mim manter relações estreitas com os outros.						
13 - Costumava fixar objetivos (fazer planos) para mim próprio, mas isso parece-me, agora, perda de tempo.						
14 - De um modo geral, sinto orgulho de quem sou e da vida que eu levo.						
15 - Penso que é importante ter novas experiências, que ponham à prova a nossa maneira de ver o mundo e a nós próprios.						
16 - A minha atitude para comigo não é, provavelmente, tão positiva (tão favorável) como a que a maior parte das pessoas têm para com elas próprias.						
17 - A maioria das pessoas considera-me um indivíduo amável e afetuoso.						
18 - Tenho a impressão de que muitas pessoas, que eu conheço, conseguiram mais coisas na vida do que eu (tiveram mais sucesso).						
19 - Há alguma verdade no ditado, que diz: “ Burro velho já não toma ensino”						
20 - Sinto-me satisfeito, quanto penso no que fiz, no passado, e no espero fazer, no presente.						
21 - Esforço-me por realizar os planos, que para mim mesmo tracei.						
22 - Com o tempo, tenho conseguido uma maior compreensão da vida, o que fez de mim uma pessoa mais capaz e mais forte.						
23 - Gosto de fazer planos para o futuro e de esforçar-me para os tornar realidade.						
24 - Quando penso nisso, acho que, como pessoa , não melhorei muito, com o passar dos anos.						
25 - Não estou interessado em atividades, que alarguem os meus horizontes (que me façam mudar).						
26 - Toda a gente tem as suas fraquezas, mas parece que eu tenho mais do que deveria caber-me em sorte.						
27 - Quando olho para o meu passado, fico contente com os resultados conseguidos.						
28 - Cometi alguns erros, no passado, mas penso que, no fim de contas, consegui sempre o melhor.						
29 - No fim de contas, não estou certo de que a minha vida tenha grande valor.						

30 - A meu ver, as pessoas são capazes de continuar a “crescer” e a desenvolver-se, em qualquer idade.						
31 - Acordo, muitas vezes, desanimado com a forma como tenho vivido a minha vida.						
32 - Costumo preocupar-me com o presente, pois, o futuro quase sempre me traz problemas.						
33 - Em geral, sinto-me confiante e satisfeito comigo próprio.						
34 - Vivo o meu dia-a-dia, sem pensar, realmente, no futuro.						
35 - Sinto-me, muitas vezes, só, porque tenho poucos amigos íntimos com quem partilhar as minhas preocupações.						
36 - Não tenho uma ideia muito clara acerca do que estou a tentar conseguir na vida.						
37 - Sou daquelas pessoas, que gostam de tentar fazer coisas novas.						
38 - Não tenho tido muitas relações calorosas (amigáveis) e confiantes com os outros.						
39 - Quando se trata de amizades, sinto-me, muitas vezes, como se estivesse a observar, de fora, para dentro.						
40 - Sinto que é difícil abrir-me (desabafar), quando falo com os outros.						
41 - As pessoas diriam que sou um indivíduo generoso, disposto a partilhar com os outros o seu tempo.						
42 - Sei que posso confiar nos meus amigos, e eles sabem que podem confiar em mim.						
43 - Não tenho muita gente disposta a ouvir-me, quando tenho necessidade de desabafar.						
44 - Para mim, a vida tem sido uma aprendizagem, um crescimento e uma mudança contínuos.						
45 - Em geral, tenho impressão de que continuo a aprender coisas, acerca de mim próprio, à medida que o tempo passa.						
46 - Gosto da maioria dos aspetos da minha personalidade (da minha maneira de ser).						
47 - Se tivesse ocasião de o fazer, gostaria de mudar muitas coisas, em mim próprio						
48 - Não me agrada encontrar-me em situações, em que tenho de mudar os meus hábitos de fazer as coisas.						
49 - Às vezes, mudo a minha maneira de agir (proceder) ou de pensar, para me tornar mais parecido com os outros.						
50 - Dá-me prazer ver como as minhas ideias têm mudado e amadurecido, com o tempo.						
51 - Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me satisfeito com o que sou.						
52 - Sinto-me satisfeito, quando penso no que já realizei na vida.						

53 - Tenho a sensação de ter uma linha de rumo (uma orientação) e um objetivo (um sentido), na minha vida.						
54 - Eu e os meus amigos compreendemos muito bem os problemas uns dos outros.						
55 - Sinto que lucro bastante com as minhas amizades.						
56 - Tenho a sensação de me ter desenvolvido bastante, como pessoa, ao longo dos anos. (perguntar: “sente que ao longo da sua vida se foi tornando uma melhor pessoa, que evoluiu, como pessoa?”)						

(Omitida parte do questionário por não utilização na corrente investigação)

Se tem alguma sugestão ou comentário utilize este espaço:

Telefone (caso afirme sentir dor) _____

Tempo dispendido (em minutos) no preenchimento do questionário: _____

O

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo 2 – Pedido de Autorização



PRÓ-REITORIA PARA A FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Ex.mo Senhor

Presidente do Centro Paroquial do Bem-Estar de São José

P. Dr. Duarte Melo

ASSUNTO: Pedido de autorização para passagem de questionários aos utentes do centro do lar.

Sabendo do crescente aumento da população idosa e da carência de estudos na Região Autónoma dos Açores sobre a mesma; sabendo, ainda, do vosso empenho neste domínio para melhor conhecer as especificidades da população que acolhem vimos, por este meio, solicitar a Vossa Excelência autorização para passar um questionário para avaliar as seguintes dimensões: funcionamento cognitivo, satisfação com a vida, depressão, qualidade de vida e bem-estar psicológico, nos utentes da Vossa Instituição. Mais informamos que se trata de uma equipa de investigação multidisciplinar que pretende compreender a população idosa (institucionalizada e não institucionalizada) nos domínios suprarreferidos, sob a nossa supervisão.

Mais informamos que alguns dados serão para a investigação conducente à tese de Mestrado da Dr^a Joana Maia, aluna do Mestrado em Psicologia da Educação, na especialização em Contextos Comunitários, sob a minha orientação.

Cumpre-nos informar que nos comprometemos a garantir o anonimato dos participantes, a confidencialidade de toda a informação prestada, bem como a apresentar os resultados à Direção da Vossa Instituição.

Certa do Vosso interesse, grata ficaria se permitissem a recolha de dados.
Com os meus melhores cumprimentos e estima,

Teresa Medeiros

(Professora Catedrática)

Anexo 3 – Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Consentimento Livre e Esclarecido

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação estamos a fazer um estudo sobre “Bem-estar Psicológico e Qualidade de Vida em Adultos em Idade Avançada”, sob a orientação da Doutora Maria Teresa Medeiros, Professora Catedrática da Universidade dos Açores. O estudo que tem como objetivos conhecer o nível de bem-estar na idade avançada, compreender a relação entre o bem-estar psicológico e a frequência (ou não) de uma instituição para a idade avançada, verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar psicológico, e comparar níveis de bem-estar em relação à frequência (ou não) num Centros de Convívio. O questionário que leva aproximadamente trinta minutos a ser respondido. Os resultados serão anónimos, e a sua identidade será salvaguardada. A participação na pesquisa é voluntária e, portanto, se não quiser responder o questionário, não será obrigado a assinar este termo.

Mais informações podem ser obtidas pelo email joana_jm_maia@hotmail.com.

Data __/__/____

Assinatura do pesquisador:_____

Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento, eu _____, declaro que fui informado dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa, subordinada ao tema do “bem-estar psicológico e qualidade de vida em adultos em idade avançada” e a realizar por Joana Maia, aluna de Mestrado em Psicologia da Educação, e estou de acordo em participar da mesma. Fui igualmente informado: a) da liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como do meu direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga qualquer prejuízo; b) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; c) da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registadas; d) e que os questionários respondidos serão arquivados sob a guarda do pesquisador responsável.

Data: __/__/____

Assinatura do participante: _____

Anexo 4 – Matriz de Análise de conteúdo

Matriz de Análise de Conteúdo

Dimensões	Categoria s	Subcategoria s	Indicadores	Unidade de Registo	Código de Regist o
Instituições para pessoas adultas e idosas	Centros de Convívio	Razões de frequência	Solidão	(Apartes) p. 19	AP1
			Convívio/socialização		CC2
			Aprendizagem		CC3
			Participação cívica		CC4
			Passeios		CC5
			Incentivo de outrem		CC6
			Razões médicas		CC7
			Incentivo pessoal		CC8
		Razões de permanência	Importância	p. 17;	CC9
			Satisfação	p. 18	CC10
			Satisfação com os serviços	p. 23	CC14

Anexo 5 – Análise Quantitativa dos Resultados - Outputs

1) Descrição Estatística

Tabela 1 – Frequências Instituição Frequentada

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Instituição "A"	8	26,7	26,7
Instituição "B"	9	30,0	56,7
Instituição "C"	13	43,3	100,0
Total	30	100,0	

Tabela 2 – Descrição Estatística para a Idade

	Idade	
N	Valido	30
	N/R	0
Média		72,60
Mediana		71,00
Moda		69 ^a
Desvio Padrão		10,318
Variância		106,455
Mínimo		52
Máximo		94
Percentis	25%	65,00
	50%	71,00
	75%	80,00

a. Várias modas existem. Valor menor apresentado

Tabela 3 – Frequências Sexo

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Masculino	4	13,3	13,3
feminino	26	86,7	100,0
Total	30	100,0	

Tabela 4 – Frequência Estado Civil

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa	Frequência
Solteiro	5	16,7	16,7	16,7
Casado	5	16,7	16,7	33,3
Viuvo	20	66,7	66,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 5 – Frequências “Com quem vive”

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa	Frequência
Conjuge	1	3,3	3,3	3,3

Conjuge e filhos	4	13,3	13,3	16,7
Filhos	10	33,3	33,3	50,0
Outros familiares	1	3,3	3,3	53,3
Sozinho	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 6 – Frequências Faixa Etária

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa	Frequência
Não idosos	8	26,7	26,7	26,7
Jovens idosos	8	26,7	26,7	53,3
Idosos	10	33,3	33,3	86,7
Muito idosos	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 7 – Descrição Estatística para “Anos que frequenta o Centros de Convívio”

Anos que frequenta o Centros de Convívio		
N	Valido	30
	N/R	0
Média		2,67
Mediana		2,00
Moda		0
Desvio Padrão		2,510
Variana		6,299
Mínimo		0
Máximo		9
Percentis	25%	,75
	50%	2,00
	75%	5,00

Tabela 8 – Frequências “Quantos dias por semana frequenta o centro”

Dias por semana	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
1	5	16,7	16,7
2	9	30,0	46,7
3	14	46,7	93,3
5	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	

Tabela 10 – Frequências “Quantas Horas por dia”

Horas por dia	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
2	4	13,3	13,3

2,5	1	3,3	16,7
3	15	50,0	66,7
4	1	3,3	70,0
4	9	30,0	100,0
Total	30	100,0	

Tabela 11 – Frequência “Como frequentar o centro o faz sentir”

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Nem feliz nem triste	9	30,0	30,0
feliz	15	50,0	80,0
Muito feliz	6	20,0	100,0
Total	30	100,0	

Tabela 12 – Frequências “Sente-se idoso”

	Frequência	Percentagem	Percentagem Cumulativa
Não	17	56,7	56,7
Sim	13	43,3	100,0
Total	30	100,0	

Tabela 13 – Descrição estatística EBEP total, AP, RP, CP, PV e DA

	EBEP Total	Aceitação Pessoal (AP)	Relações positivas com os outros (RP)	Crescimento Pessoal (CP)	Propósito de Vida (PV)
N					
Valido	30	30	30	30	30
N/R	0	0	0	0	0
Média	227,433	53,6333	51,0667	53,2333	48,4667
Mediana	225,5	55,5000	50,0000	53,0000	49,0000
Moda	197,0 ^a	45,00	58,00	49,00	50,00
Desvio Padrão	36,815	10,64630	9,80476	10,61776	9,47859
Variância	1355,357	113,344	96,133	112,737	89,844
Mínimo	145,00	35,00	33,00	25,00	25,00
Máximo	295,00	72,00	67,00	72,00	66,00
Percentis					
25	197,75	44,5000	44,7500	46,5000	42,7500
50	225,50	55,5000	50,0000	53,0000	49,0000
75	258,50	61,2500	58,0000	60,2500	52,5000

Tabela 14 – Descrição estatística SWLS

	Satisfação com a vida (SWLS)
N	
Valido	30
N/R	0
Média	17,1000
Mediana	17,0000
Moda	20,00
Desvio Padrão	3,64219
Variância	13,266

Mínimo		8,00
Máximo		25,00
Percentis	25	14,0000
	50	17,0000
	75	20,0000

Tabela 15 - Satisfação com a à reforma

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Passagem há reforma				
Valido	Nada Satisfeito	3	10,0	16,7
	Pouco Satisfeito	3	10,0	16,7
	Mais ou menos	3	10,0	16,7
	Relativamente Satisfeito	2	6,7	11,1
	Muito satisfeito	7	23,3	38,9
	Total	18	60,0	100,0
N/R		12	40,0	
Total		30	100,0	
Primeiro ano				
Valido	Pouco Satisfeito	2	6,7	11,1
	Mais ou menos	8	26,7	44,4
	Relativamente Satisfeito	7	23,3	38,9
	Muito satisfeito	1	3,3	5,6
	Total	18	60,0	100,0
N/R		12	40,0	
Total		30	100,0	
Últimos 6 meses				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Pouco Satisfeito	1	3,3	5,6
	Mais ou menos	6	20,0	33,3
	Relativamente Satisfeito	6	20,0	33,3
	Muito satisfeito	5	16,7	27,8
	Total	18	60,0	100,0
N/R		12	40,0	
Total		30	100,0	

Tabela 16 – Descrição estatística “Quanto tempo está reformado?”

		Frequência	Percentagem	Percentagem Válida
Valido	2	1	3,3	5,6
	3	1	3,3	5,6
	4	1	3,3	5,6
	5	2	6,7	11,1
	8	1	3,3	5,6
	9	1	3,3	5,6
	10	1	3,3	5,6
	12	2	6,7	11,1
	13	2	6,7	11,1
	14	1	3,3	5,6
	15	2	6,7	11,1
	17	1	3,3	5,6
	21	1	3,3	5,6
	36	1	3,3	5,6
	Total	18	60,0	100,0
N/R		12	40,0	
Total		30	100,0	

2) Testes de Consistência Interna dos Instrumentos

a. Teste de Consistência Interna para SWLS

Tabela 17 – Alfa de Cronbach para EBEP Total

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach para itens estandardizados	N de itens
,918	,926	56

Tabela 18 – Alfa de Cronbach para subescala da Aceitação Pessoal

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach para itens estandardizados	N de itens
,805	,812	12

Tabela 19 – Alfa de Cronbach para subescala das Relações positivas com os outros

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach para itens estandardizados	N de itens
,770	,783	12

Tabela 20 – Alfa de Cronbach para subescala Crescimento pessoal

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach para itens estandardizados	N de itens
,797	,826	12

Tabela 21 – Alfa de Cronbach para subescala Propósito de Vida

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach para itens estandardizados	N de itens
,701	,716	12

Tabela 22 – Alfa de Cronbach para subescala Domínio do Ambiente

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach para itens estandardizados	N de itens
,371	,354	8

3) Testes de Normalidade

Tabelas 23 – Teste de Normalidade para as variáveis AP, RP, CP, PV e EBEP total, variável agrupamento “sexo”

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Aceitação Pessoal	Masculino	,219	4	.	,944	4	,676
	feminino	,151	26	,129	,954	26	,282
Relações positivas com os outros	Masculino	,306	4	.	,812	4	,125
	feminino	,126	26	,200*	,953	26	,268
Crescimento Pessoal	Masculino	,192	4	.	,971	4	,850
	feminino	,112	26	,200*	,967	26	,539
Propósito de Vida	Masculino	,262	4	.	,902	4	,442
	feminino	,174	26	,041	,956	26	,313
EBEP Total	Masculino	,217	4	.	,960	4	,781
	feminino	,116	26	,200*	,974	26	,731

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 24 – Teste Normalidade EBEP – Variável agrupamento “Faixa etária”

	Faixa Etária	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
EBEP total (modificada)	Não idosos	,246	8	,166	,909	8	,344
	Jovens idosos	,200	8	,200*	,960	8	,810
	Idosos	,187	10	,200*	,911	10	,285
	Muito idosos	,224	4	.	,949	4	,707
	Não idosos	,303	8	,030	,827	8	,055
Aceitação Pessoal	Jovens idosos	,272	8	,084	,861	8	,122

Relações positivas com os outros	Idosos	,164	10	,200 [*]	,924	10	,390
	Muito idosos	,278	4		,885	4	,360
	Não idosos	,177	8	,200 [*]	,906	8	,324
	Jovens idosos	,170	8	,200 [*]	,906	8	,330
	Idosos	,120	10	,200 [*]	,940	10	,558
	Muito idosos	,263	4		,894	4	,402
Crescimento Pessoal	Não idosos	,150	8	,200 [*]	,939	8	,604
	Jovens idosos	,186	8	,200 [*]	,948	8	,690
	Idosos	,140	10	,200 [*]	,936	10	,510
	Muito idosos	,315	4		,890	4	,382
	Não idosos	,149	8	,200 [*]	,949	8	,706
	Jovens idosos	,179	8	,200 [*]	,940	8	,615
Propósito de Vida	Idosos	,186	10	,200 [*]	,970	10	,888
	Muito idosos	,327	4		,769	4	,058

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 25 – Teste de Normalidade para dimensões da BEP – Variável de agrupamento “Estado Civil”

	Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
EBEP Total (modificada)	Solteiro	,145	5	,200 [*]	,992	5	,988
	Casado	,186	5	,200 [*]	,959	5	,799
	Viúvo	,145	20	,200 [*]	,946	20	,304
Aceitação Pessoal^b	Solteiro	,273	4		,876	4	,321
	Casado	,283	5	,200 [*]	,861	5	,232
	Viúvo	,204	20	,028	,892	20	,030
Relações positivas com os outros^b	Solteiro	,255	4		,921	4	,544
	Casado	,233	5	,200 [*]	,917	5	,513
	Viúvo	,122	20	,200 [*]	,949	20	,354
Crescimento Pessoal^b	Solteiro	,260	4		,913	4	,497
	Casado	,262	5	,200 [*]	,900	5	,412
	Viúvo	,140	20	,200 [*]	,958	20	,513
Propósito de Vida	Solteiro	,239	4		,963	4	,795
	Casado	,305	5	,146	,866	5	,249
	Viúvo	,277	20	,000	,875	20	,014

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 26 – Teste de Normalidade para dimensões da BEP – Variável agrupamento “Recebe reforma”

	Recebe Reforma	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
EBEP	Sim	,124	18	,200*	,972	18	,828
	Não	,112	12	,200*	,971	12	,926
Aceitação	Sim	,165	18	,200*	,939	18	,280
Pessoal	Não	,200	12	,198	,944	12	,554
Relações	Sim	,096	18	,200*	,961	18	,615
positivas com os outros	Não	,158	12	,200*	,951	12	,651
Crescimento	Sim	,118	18	,200*	,947	18	,386
Pessoal	Não	,118	12	,200*	,959	12	,766
Propósito de Vida	Sim	,174	18	,159	,952	18	,460
	Não	,163	12	,200*	,967	12	,877
Domínio do ambiente	Sim	,176	18	,144	,908	18	,078
	Não	,179	12	,200*	,899	12	,156

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 27 – Teste de Normalidade para SWLS – Variável agrupamento “Sexo”

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Satisfação com a vida	Masculino	,218	4	.	,920	4	,538
	feminino	,127	26	,200*	,964	26	,483

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 28 – Teste de Normalidade para SWLS – Variável agrupamento “Faixa Etária”

	Faixa Etária	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Satisfação com a vida	Não idosos	,268	8	,094	,821	8	,048
	Jovens	,216	8	,200*	,917	8	,406
	Idosos	,182	10	,200*	,908	10	,265
	Muito idosos	,218	4	.	,920	4	,538

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 29 – Teste de Normalidade para SWLS – Variável agrupamento “Estado Civil”

	Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Satisfação com a vida	Solteiro	,280	5	,200*	,893	5	,375
	Casado	,167	5	,200*	,964	5	,833
	Viúvo	,177	20	,100	,941	20	,254

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 30 – Teste de Normalidade para SWLS – Variável agrupamento “Recebe reforma”

	Recebe Reforma	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Satisfação com a vida	Sim	,161	18	,200*	,911	18	,090
	Não	,163	12	,200*	,936	12	,448

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 31 – Teste de Normalidade para Dimensões do Bem-Estar Psicológico e SWLS

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
EBEP	,106	30	,200*	,976	30	,727
Aceitação Pessoal	,163	30	,045	,949	30	,163
Relações positivas com os outros	,094	30	,200*	,960	30	,308
Crescimento Pessoal	,101	30	,200*	,970	30	,539
Propósito de Vida	,161	30	,045	,968	30	,486
Satisfação com a vida	,132	30	,190	,965	30	,405

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 32 – Teste de Normalidade para a variável “Como o centro o faz sentir”

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Como frequentar o centro o faz sentir	,256	30	,000	,807	30	,000

Tabela 33 – Teste de Normalidade para variáveis de Frequência do centro

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Tempo de Permanência	,171	30	,025	,888	30	,004
Frequência Semanal	,243	30	,000	,843	30	,000
Frequência Diária	,266	30	,000	,823	30	,000

*. Valor mínimo de verdadeira significância.

Tabela 34 – Teste de Normalidade para as variáveis Satisfação

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.

Satisfação com a saúde	,281	30	,000	,861	30	,001
Satisfação com a situação económica	,214	30	,001	,905	30	,011
Satisfação com a Vida Social	,267	30	,000	,860	30	,001
Satisfação com a Vida Afetiva	,274	30	,000	,828	30	,000

4) Teste de Homogeneidade de variância

Tabela 35 – Teste de homogeneidade de variância para as variáveis AP, RP, CP, PV e EBEP total para a variável Sexo

		Teste de Levene para igualdade de variância	
		F	Sig.
Aceitação Pessoal	Igualdade de variância assumida	1,181	,286
	Igualdade de variância não assumida		
Relações positivas com os outros	Igualdade de variância assumida	,008	,930
	Igualdade de variância não assumida		
Crescimento Pessoal	Igualdade de variância assumida	5,099	,032
	Igualdade de variância não assumida		
Propósito de Vida	Igualdade de variância assumida	,091	,766
	Igualdade de variância não assumida		
EBEP Total	Igualdade de variância assumida	,140	,712
	Igualdade de variância não assumida		

Tabela 36 - Teste de homogeneidade de variância para as variáveis EBEP, RP e CP, variável agrupamento “Estado civil”

	Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
Relações positivas com os outros	2,798	2	27	,079
Crescimento Pessoal	,172	2	27	,843
EBEP Total	,920	2	27	,411

Tabela 37 - Teste de homogeneidade de variância para as variáveis EBEP, AP, RP, CP e PV variável agrupamento “Reforma”

		Teste de Levene para igualdade de variância	
		F	Sig.
Aceitação Pessoal	Igualdade de variância assumida	,796	,380
	Igualdade de variância não assumida		
Relações positivas com os outros	Igualdade de variância assumida	,170	,684
	Igualdade de variância não assumida		
Crescimento Pessoal	Igualdade de variância assumida	,489	,490
	Igualdade de variância não assumida		
Propósito de Vida	Igualdade de variância assumida	,018	,895
	Igualdade de variância não assumida		
EBEP Total	Igualdade de variância assumida	,028	,868
	Igualdade de variância não assumida		

Tabela 38 – Teste de homogeneidade para a “Faixa etária”

	Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
Relações positivas com os outros	1,956	3	26	,145
Crescimento Pessoal	3,120	3	26	,043
EBEP Total	4,158	3	26	,016
Aceitação Pessoal	2,223	3	26	,109
Propósito de Vida	1,333	3	26	,285

Tabela 39 – Teste de Homogeneidade de variância para SWLS de acordo com o sexo

		Teste de Levene para igualdade entre variâncias	
		F	Sig.
Satisfação com a vida	Igualdade de variância assumida	,574	,455
	Igualdade de variância não assumida		

Tabela 40 – Teste de Levene para a variável SWLS de acordo com a variável Estado Civil

Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
,144	3	26	,933

Tabela 41 – Teste de Homogeneidade de variância para SWLS de acordo com a Reforma

	Teste de Levene para igualdade entre variâncias	
	F	Sig.
Satisfação com a vida	,058	,811

5) Teste de Hipóteses

Tabela 42 – Comparação de médias de acordo com a variável sexo para a EBEP

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Aceitação Pessoal	Masculino	4	54,2500	14,24488	7,12244
	feminino	26	53,5385	10,34691	2,02920
Relações positivas com os outros	Masculino	4	40,5000	10,66146	5,33073
	feminino	26	52,6923	8,78985	1,72383
Crescimento Pessoal	Masculino	4	54,2500	1,70783	,85391
	feminino	26	53,0769	11,41200	2,23808
Propósito de Vida	Masculino	4	47,2500	8,34166	4,17083
	feminino	26	48,6538	9,77729	1,91748
Domínio do ambiente	Masculino	4	29,2500	6,55108	3,27554
	feminino	26	30,3462	5,83741	1,14481
EBEP Total	Masculino	4	216,7500	32,69429	16,34715
	feminino	26	229,0769	37,72100	7,39770

Tabela 43 – Teste T para as variáveis da EBEP de acordo com o sexo

		Teste T para diferenças entre médias				
		T	df	Sig. (2-tailed)	Diferença entre médias	Desvio padrão erro
Aceitação Pessoal	Igualdade de variância assumida	,122	28	,904	,71154	5,81764
	Igualdade de variância não assumida	,096	3,504	,929	,71154	7,40586
Relações positivas com os outros	Igualdade de variância assumida	-2,520	28	,018	-12,19231	4,83861

Crescimento Pessoal	Igualdade de variância não assumida	- 2,176	3,655	,102	-12,19231	5,60252
	Igualdade de variância assumida	,202	28	,841	1,17308	5,79935
	Igualdade de variância não assumida	,490	27,884	,628	1,17308	2,39545
Propósito de Vida	Igualdade de variância assumida	-,271	28	,788	-1,40385	5,17413
	Igualdade de variância não assumida	-,306	4,379	,774	-1,40385	4,59049
	Igualdade de variância assumida	-,345	28	,733	-1,09615	3,17847
Domínio do ambiente	Igualdade de variância não assumida	-,316	3,771	,769	-1,09615	3,46984
	Igualdade de variância assumida	-,617	28	,542	-12,32692	19,98762
	Igualdade de variância não assumida	-,687	4,333	,527	-12,32692	17,94311
EBEP Total						

Tabela 44 - Comparação descritiva entre grupos de acordo com a variável Estado Civil

		N	Média	DP	Erro padrão	Mínimo	Máximo
Relações positivas com os outros	Solteiro	5	43,80	7,2249	3,2311	36	54,00
	Casado	5	48,80	14,096	6,3039	34	67,00
	Viúvo	20	53,45	8,5253	1,9063	33	67,00
	Total	30	51,07	9,8047	1,7901	33	67,00
Crescimento Pessoal	Solteiro	5	38,80	9,1760	4,1036	25	47,00
	Casado	5	57,20	8,4675	3,7868	49	71,00
	Viúvo	20	55,85	8,5487	1,9115	43	72,00
	Total	30	53,23	10,617	1,9385	25	72,00
EBEP Total	Solteiro	5	186,60	29,168	13,044	145	223,00
	Casado	5	232,40	44,758	20,016	183	292,00
	Viúvo	20	236,400	30,625	6,848	195	295,00
	Total	30	227,43	36,815	6,721	145	295,00

Tabela 45 – Teste Anova para as variáveis EBEP de acordo com o estado civil

		Soma dos Quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
Relações positivas com os outros	Entre Grupos	403,317	2	201,658	2,283	,121
	Dentro de grupos	2384,550	27	88,317		
	Total	2787,867	29			
Crescimento Pessoal	Entre Grupos	1257,217	2	628,608	8,435	,001
	Dentro de grupos	2012,150	27	74,524		
	Total	3269,367	29			
EBEP Total	Entre Grupos	10068,167	2	5034,083	4,649	,018
	Dentro de grupos	29237,200	27	1082,859		
	Total	39305,367	29			

Tabela 46 – Teste de Scheffe para comparações múltiplas

Variável Dependente	(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Diferença entre médias (I-J)	Erro padrão	Sig.
Crescimento Pessoal	Solteiro	Casado	-18,40000*	5,45982	,009
		Viúvo	-17,05000*	4,31637	,002
	Casado	Solteiro	18,40000*	5,45982	,009
		Viúvo	1,35000	4,31637	,952
	Viúvo	Solteiro	17,05000*	4,31637	,002
		Casado	-1,35000	4,31637	,952
EBEP Total	Solteiro	Casado	-45,80000	20,81210	,108
		Viúvo	-49,80000*	16,45341	,019
	Casado	Solteiro	45,80000	20,81210	,108
		Viúvo	-4,00000	16,45341	,971
	Viúvo	Solteiro	49,80000*	16,45341	,019
		Casado	4,00000	16,45341	,971

*. A diferença entre as medias é significativa ao nível de 0,05.

Tabela 47 – Comparação de ordem mediana para variáveis AP e CP de acordo com o estado civil

	Estado Civil	N	Ordem mediana
Aceitação Pessoal	Solteiro	5	9,90
	Casado	5	15,70
	Viúvo	20	16,85
	Total	30	
Propósito de Vida	Solteiro	5	4,30
	Casado	5	19,40
	Viúvo	20	17,33
	Total	30	

Tabela 48 – Teste Kruskal-Wallis para variáveis AP e CP de acordo com o estado civil

	Aceitação Pessoal	Propósito de Vida
Qui-quadrado	2,502	9,976
df	2	2
Asymp. Sig.	,286	,007

Variável Agrupamento: Estado Civil

Tabela 49 - Comparação de ordem mediana para variáveis CP e EBEP de acordo com Faixa Etária

	Faixa Etária	N	Média da Média
Crescimento Pessoal	Não idosos	8	14,38
	Jovens idosos	8	17,69
	Idosos	10	13,65
	Muito idosos	4	18,00
	Total	30	
EBEP Total	Não idosos	8	12,81
	Jovens idosos	8	16,25
	Idosos	10	15,55
	Muito idosos	4	19,25
	Total	30	

Tabela 50 – Teste Kruskal-Wallis para variáveis CP e EBEP de acordo com Faixa Etária

	Crescimento Pessoal	EBEP Total
Qui-Quadrado	1,394	1,530
df	3	3
Asymp. Sig.	,707	,675

Variável Agrupamento: Faixa Etária

Tabela 51 – Comparação de médias para as variáveis EBEP de acordo com a Reforma

	Recebe Reforma	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Aceitação Pessoal	Sim	18	52,6111	11,31963	2,66806
	Não	12	55,1667	9,82421	2,83601
Relações positivas com os outros	Sim	18	48,8889	9,95808	2,34714
	Não	12	54,3333	8,98821	2,59467
Crescimento Pessoal	Sim	18	52,7222	10,32875	2,43451
	Não	12	54,0000	11,45743	3,30748
Propósito de Vida	Sim	18	46,8333	9,61157	2,26547
	Não	12	50,9167	9,11999	2,63271
EBEP Total	Sim	18	220,8889	36,59458	8,62543
	Não	12	237,2500	36,44704	10,52135

Tabela 52 – Teste T para as variáveis EBEP de acordo com a Reforma

		Teste T de Diferenças entre médias				
		T	df	Sig. (2-tailed)	Diferença entre médias	Diferença Erro padrão
Aceitação Pessoal	Igualdade de variância assumida	-,637	28	,529	-2,55556	4,00888
	Igualdade de variância não assumida	-,656	25,940	,517	-2,55556	3,89378
Relações positivas com os outros	Igualdade de variância assumida	- 1,524	28	,139	-5,44444	3,57352
	Igualdade de variância não assumida	- 1,556	25,374	,132	-5,44444	3,49877
Crescimento Pessoal	Igualdade de variância assumida	-,318	28	,753	-1,27778	4,01980
	Igualdade de variância não assumida	-,311	21,975	,759	-1,27778	4,10685
Propósito de Vida	Igualdade de variância assumida	- 1,163	28	,255	-4,08333	3,51119
	Igualdade de variância não assumida	- 1,176	24,596	,251	-4,08333	3,47326
EBEP Total	Igualdade de variância assumida	- 1,202	28	,240	-16,36111	13,61642
	Igualdade de variância não assumida	- 1,203	23,799	,241	-16,36111	13,60503

Tabela 53 – Grupo de estatísticas para as variáveis RP, PV, EBEP e CP de acordo com sente-se idoso

	Sente-se idoso	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão Médio
Relações positivas com os outros	Sim	13	50,6154	11,13207	3,08748
	Não	17	51,4118	9,00041	2,18292
Propósito de Vida	Sim	13	46,5385	11,63053	3,22573
	Não	17	49,9412	7,48724	1,81592
EBEP Total	Sim	13	220,7692	39,14536	10,85697
	Não	17	232,5294	35,26528	8,55309
Crescimento Pessoal	Sim	13	48,3077	10,73456	2,97723
	Não	17	57,0000	9,11729	2,21127

Tabela 54 – Teste T para as variáveis RP, PV, EBEP e CP de acordo com sente-se idoso

		Teste T de diferenças entre médias				
		T	df	Sig. (2-tailed)	Diferença entre médias	Diferença Erro padrão
Relações positivas com os outros	Igualdade de variância assumida	-,217	28	,830	-,79638	3,67331
	Igualdade de variância não assumida	-,211	22,735	,835	-,79638	3,78123
Propósito de Vida	Igualdade de variância assumida	-,973	28	,339	-3,40271	3,49543
	Igualdade de variância não assumida	-,919	19,353	,369	-3,40271	3,70174
EBEP Total	Igualdade de variância assumida	-,863	28	,395	-11,76018	13,62412
	Igualdade de variância não assumida	-,851	24,453	,403	-11,76018	13,82133
Crescimento Pessoal	Igualdade de variância assumida	-	28	,023	-8,69231	3,62654
	Igualdade de variância não assumida	2,397	23,523	,028	-8,69231	3,70859
		2,344				

Tabela 55 – Comparação de médias para variável SWLS de acordo com o Sexo

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Satisfação com a vida	Masculino	4	17,2500	3,09570	1,54785
	feminino	26	17,0769	3,77278	,73990

Tabela 56 – Teste T para variável SWLS de acordo com o sexo

		Teste T de diferenças entre médias				
		T	df	Sig. (2-tailed)	Diferença entre médias	Diferença Erro padrão
Satisfação com a vida	Igualdade de variância assumida	,087	28	,931	,17308	1,99052
	Igualdade de variância não assumida	,101	4,499	,924	,17308	1,71560

Tabela 57 – Comparação das médias para a variável SWLS de acordo com a variável Estado Civil

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não idosos	8	16,6250	3,58319	13,00	21,00
Jovens idosos	8	16,5000	3,50510	11,00	21,00
Idosos	10	17,5000	4,32692	8,00	25,00
Muito idosos	4	18,2500	3,09570	14,00	21,00
Total	30	17,1000	3,64219	8,00	25,00

Tabela 58 – Teste Anova para a variável satisfação com a vida de acordo com a variável estado Civil

	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
Entre grupos	53,350	2	26,675	2,174	,133
Dentro de grupos	331,350	27	12,272		
Total	384,700	29			

Tabela 59 – Ordem de Média para variável SWLS

	Faixa Etária	N	Ordem de Médias
Satisfação com a vida	Não idosos	8	14,13
	Jovens idosos	8	14,31
	Idosos	10	16,35
	Muito idosos	4	18,50
	Total	30	

Tabela 60 – Teste Kruskal-Wallis para a variável SWLS de acordo com a variável Faixa Etária

	Satisfação com a vida
Qui-Quadrado	,909
df	3
Asymp. Sig.	,823
Variável agrupamento: Faixa Etária	

Tabela 61 – Comparação de média para a variável SWLS de acordo com a variável “Recebe Reforma”

N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
---	-------	---------------	--------	--------

Sim	18	16,8333	3,77686	8,00	21,00
Não	12	17,5000	3,55477	13,00	25,00
Total	30	17,1000	3,64219	8,00	25,00

Tabela 62 – Teste T para a variável SWLS de acordo com a variável “Recebe Reforma”

		Teste T de diferenças entre médias				
		T	df	Sig. (2-tailed)	Diferença entre médias	Diferença Erro padrão
Satisfação com a vida	Igualdade de variância assumida	- ,485	28	,632	-,66667	1,37563
	Igualdade de variância não assumida	- ,491	24,725	,628	-,66667	1,35850

Anexo 6 – Análise Qualitativa dos Resultados – Tabela de Análise de Conteúdo

Tabela de Análise Qualitativa E1 a E5

Código de Registro	E1 - F - 79 anos - Vive sozinha. Viúva	E2 - M - 77 anos - Vive com esposa	E3 - M - 80 anos Vive sozinho	E4 - F - 80 anos - Vive Sozinha.	E5 - F - 66 anos - Vive com marido e filhos.
AP1	p. 46.1. - "Vejo-me sozinha em casa então durmo de dia." Apresenta sinais de solidão, sendo o centro a sua fonte de convívio.	p. 18 "(...) antes estava sozinho em casa."	A falta de companheirismo e as suas respostas na BEP podem apontar para sentimentos de solidão. BEP. 35	"Queria ter mais amigos." (comentário à parte)	N/R
CC2	19. - "Vim para o centro para estar com as minhas amigas e estar acompanhada (...)"	O centro ajuda no convívio e no sentir-se acompanhado.	Convívio e sentir-se acompanhado.	"Vim para aqui para não estar sozinha, para conversar e sentir-me acompanhada". Conviver, sentir-se acompanhada.	"(...)não está sozinho. Temos companhia (...)."
CC4	"(...) e para fazer parte destas pessoas."			Moderadamente. "É só o centro."	
CC5	-----	-----	Passear	-----	"(...)sempre fazemos jogos ou passeamos."
CC9	17. - "(...) Estimo as minhas amigas, estranho quando não as vejo."	Importante. "(...)ajuda."7	Sim. "(...)o convívio.";	Sim. "Traz-me companhia e distração."	Sim. "A gente não está sozinho. Temos companhia e sempre fazemos jogos ou passeamos."

CC10	19- O centro faz a pessoa feliz;	p.18. Feliz. "(...) antes estava sozinho em casa."	Mas não faz diferença em como o faz sentir.	Feliz.	Feliz.
CC11	20. - "Conversamos, fazemos lãs e rendas."	"Jogar dominó."	-----	Rendas, conversa, (p.21) Lãs.	Conversar com amigas, ler o jornal, fazer ginástica. "Venho para a ginástica e as atividades e jogos cognitivos"
CC14	23. - Nada	Nada.		Nada.	Não.

Tabela de Análise Qualitativa E6 a E10

Código de Registo	E6 - F - 58 anos - Vive sozinha	E7 - F - 81 anos - Vive com o filho	E8 - F - 69 anos. Vive sozinha.	E9 - M - 64 anos. Com esposa e filhos.	E10 - F - 94 anos. Vive com a filha.
AP1	Refere sentir-se só. P. EBEP 35. "Sinto-me só. Não tenho ninguém, não tenho mesmo."	Refere o seu filho como sua maior fonte de apoio. Contudo na BEP referiu sentir-se só e ter poucos amigos íntimos.	-----	Refere sentir-se só. BEP 35	-----
CC2	"Conviver (...)"	"Ajuda a estar acompanhada e a conviver."	"Estava sozinha e o centro veio como um convívio, um local para não estar mais só."	----	"Queria convívio, amigos. (...)".
CC3	"(...) para aprender	----	-----	-----	-----

CC6	(...)"				
	-----	"O meu filho fica mais descansado quando venho para aqui."	-----	-----	-----
CC7	"(...) porque o médico mandou."	Médica também a aconselhou a frequentar.	-----	"(...)Então o médico mandou-me frequentar um centro."	-----
CC8	-----	-----	-----	"Foi mais para passar tempo, para não estar em casa sem fazer nada, se não, não saia de casa. (...)"	(...) Acabei por vir para jogar às cartas, que gosto muito.
CC9	Sim. "Pela convivência e as atividades."	p. 17 "Muito importante, distraindo e ajuda a conviver."	Sim. "É um entretenimento, um convívio(...)".	Sim. "Para conviver."	Sim. "É bom para distraindo."
CC10	N/R	p. 18 "(...) deixa-me mais bem disposta."	P,18 - Feliz	N/R	Feliz.
CC11	"Jogar às cartas."	Jogos e treino cognitivo.	Jogar às cartas	Jogar às cartas, conversar	Jogar às cartas, conversar, jogos.
CC14	"Tem poucos passeios." Mais passeios.	-----	Alterava mas não sabe o quê	Nada	Sim. "Mudava para haver mais amizade."

Tabela de Análise Qualitativa E11 a E15

Código de Registo	E11 - F - 52 anos. Vive sozinha.	E12 - F - 69 anos. Vive sozinha.	E13 - F - 72 anos. Vive com filhos.	E14 - F - 61 anos. Vive com marido e filhos.	E15 - F - 69 anos. Vive sozinha.
-------------------------	--	--	---	---	--

AP1	----	EBEP 35 aponta para solidão. Diz que sem o centro se sente só p.17 "Sem o centro, não tenho mais nada"	-----	"Não fico em casa sozinha." p.17	p. 30,1 - A vida não é como queria. "Não queria estar sozinha."
CC2	"Vim para conviver e não estar sozinha (...)" "(...)"	Conviver; para sentir-se acompanhad a,	Conviver, sentir- se acompanhada	"Estava à procura de companhia.(...)"	"A procura de companhia."
CC3	aprender (...)"	Aprender,	---	---	---
CC4	---	sentir-se dentro da sua comunidade.	---	---	---
CC5	"(...) gosto dos passeios."	passear,	---	"(...) era bom para sair e passear assim como para não estar só."	---
CC6	---	---	---	"(...) amiga minha conveneu- me (...)"	---
CC9	"Por causa do convívio e das atividades . As atividades são boas para distrair e para o cérebro"	"Porque me distrai e não me sinto tão só."	Sim. "Pelo convívio e o entretenimento. Pelo menos não se pensa na dor." Luto.	Sim. "Não fico em casa sozinha. Fico convivendo com as pessoas, conversando e rindo."	"É um local de convívio e aprendizagem ."
CC10	N/R	Muito feliz	Feliz.- "(...) ajuda a descansar."	Feliz.	N/R

CC11	Fichas e jogos de palavras e contas.	Alguns jogos, e cantar, dançar e terapia do riso.	Conviver, fazer flores de papel.	Um pouco de tudo.	Ginástica, estimulação cognitiva.
CC14	Sim. "Era bom que tivesse mais pessoas."	Sim. "Ponha mais atividades."	-----	Ter mais dias por semana (o centro só funciona 2-3 dias por semana)	"Mais atividades atraindo os idosos e uma orientadora a tempo inteiro e competente."

Tabela de Análise Qualitativa E16 a E20

Código de Registo	E16 - F - 71 anos. Vive com filhos.	E17 - F - 65 anos. Vive com marido e filhos.	E18 - F - 55 anos. Vive com familiares.	E19 - F - 80 anos. Vive sozinha.	E20 - F - 65 anos. Vive com filhos.
AP1	Parece sentir alguma solidão quando fora do centro.	-----	-----	Sente-se só. Refere "(...)Apaloei-me se não fosse o centro." p,31,18	-----
CC2	"Estava à procura de um sitio onde pudesse estar acompanhada, conviver (...)"	----	"Vim para o convívio para ter companhia (...)"	"Vim para o centro para conviver e ter companhia (...)"	Conviver e sentir-se acompanhada.
CC4	Participação na comunidade: "Por parte das minhas amigas do convívio."	----	----	----	----
CC5	"(...) e sair."	----	----	"(...) e para passear."	----
CC6	----	Uma amiga minha frequentava então também decidi vir.	----	----	----

CC7			"(...) O meu médico disse que seria bom para mim."		
	----	----		----	----
CC9	"Eu gosto de conviver com as pessoas."	"É um local de convívio."	Sim	"É importante para socializar."	Sim. "Pelo convívio."
CC10	Muito feliz.	Feliz.	Muito feliz	----	----
CC11	Ginástica		Renda e bordar	Nada porque anda muito doente.	Cantar.

CC14	"O barulho."				Não sabe o que alterava.

Tabela de Análise Qualitativa E21 a E25

Código de Registo	E21 - M - 85 anos. Vive sozinho.	E22 - F - 71 anos. Vive sozinho.	E23 - F - 69 anos. Vive com filhos.	E24 - F - 76 anos. Vive sozinho.	E25 - F - 91 anos. Vive sozinha.
AP1	-----	35/38. Sente-se só porque tem poucos amigos íntimos.	-----	35/38. Sente-se só porque tem poucos amigos íntimos.	-----
CC2	"É que antes estava sozinho e assim vim para o centro, para conviver e ter companhia (...)."	Conviver e sentir-se acompanhada.	"Vim ao centro para conviver."	Conviver, sentir-se acompanhado	Conviver
CC4	Muito satisfeito. "Mas é com a participação no centro (...)."	-----	-----	-----	-----

CC5	"(...) assim saio e vou passear com os outros utentes."	-----	-----	-----	-----
CC6	"Uma amiga minha estava no centro e ela disse se eu não queria vir também para não estar só (...)."	-----	-----	-----	-----
CC9	"Gosto do convívio, da companhia."	"Para distrair e socializar."	É importante.	É importante frequentar o centro.	-----
CC10	Muito feliz.	Feliz.	feliz.	Feliz.	-----
CC11	Conversar e ver televisão.	Renda, malha	Todas	Conversar, bordar	-----
CC14	-----	-----	-----	-----	-----

Tabela de Análise Qualitativa E26 a E30

Código de Registo	26 - F - 63 anos. Vive com filhos.	27 - F - 90 anos. Vive com filha.	28 - F - 80 anos. Vive com filhos	29 - F - 75 anos. Vive só	30 - F -71 anos. Vive sozinho.
AP1	5. "Mas o centro ajuda-me a deixar a solidão."	----	----	----	----
CC2	"O convívio. Queria alguém com quem conversar."	"Procura de convívio. Depois de chegar cá pude socializar e passear e não me sentir mais só. (...)"	Conviver	para não estar sozinha, para conviver com os outros.	Conviver, para se sentir acompanhado
CC3	----	----	----	----	Aprender
CC4	----	----	----	----	para sentir-se dentro da comunidade

CC5	----	----	Passear	----	Passear
CC9	"Para distrair-me e tirar ferrugem à língua."	Sim. "Gosto de falar com as pessoas e gosto do convívio."	Sim. "Dá-me alegria falar com as minhas amigas."	"Porque a gente sempre convive e não tá parada."	Sim. "Pela companhia, distração e conversar com outras pessoas"
CC10	Muito feliz. "Estou aqui à pouco tempo mas estou a gostar muito."	Feliz	Muito feliz	N/F N/T	Feliz
CC11	Conversar, costura.	Conversar	Fazer renda, colchas.	Renda, conversar, bordar	Trabalhos manuais, passeios, trabalhos para comemorações especiais
CC14	-----	"(Aparte) Eu também queria ensinar a pintar, gosto muito de pintar."	Sim. "Mandava aquelas mulheres pararem de falar mal da vida uns dos outros."	Ponha para todos os dias. "Nos dias em que não tenho tempo o que é que uma faz?"	Sim, mais dias.